



# تصانیف علامہ سید محمد شفیع رحمہ اللہ

ٹیلز پریس آف میڈین



ای۔ پی۔ پی۔ پون ایم۔ اے ایم۔ ڈی (آکسن) ایف۔ ایسی۔ پی (لنڈ)

معاونت

سی۔ پی۔ سیمینڈز، ایچ۔ ڈیو باربر، آر۔ ڈی گلیسی، این۔ ایچ فیئر لے، ڈیو۔ ایم۔ ایس

ڈاکٹر محمد عثمان خان صاحب، ایل۔ ایم اینڈریس (مبئی) رکن شریعتہ تالیف و ترجمہ

جسکد دوم

بہ نظر ثانی و ترمیم مطابق طبع پانزدہم ۱۹۳۶ء

ڈاکٹر سی۔ اے۔ محمد حسین صاحب ایم۔ بی۔ بی ایس رکن شریعتہ تالیف و ترجمہ

۱۳۶۰ھ ۱۳۵۰ھ ۱۳۴۰ھ ۱۳۳۰ھ ۱۳۲۰ھ ۱۳۱۰ھ ۱۳۰۰ھ ۱۲۹۰ھ ۱۲۸۰ھ ۱۲۷۰ھ ۱۲۶۰ھ ۱۲۵۰ھ ۱۲۴۰ھ ۱۲۳۰ھ ۱۲۲۰ھ ۱۲۱۰ھ ۱۲۰۰ھ ۱۱۹۰ھ ۱۱۸۰ھ ۱۱۷۰ھ ۱۱۶۰ھ ۱۱۵۰ھ ۱۱۴۰ھ ۱۱۳۰ھ ۱۱۲۰ھ ۱۱۱۰ھ ۱۱۰۰ھ ۱۰۹۰ھ ۱۰۸۰ھ ۱۰۷۰ھ ۱۰۶۰ھ ۱۰۵۰ھ ۱۰۴۰ھ ۱۰۳۰ھ ۱۰۲۰ھ ۱۰۱۰ھ ۱۰۰۰ھ ۹۹۰ھ ۹۸۰ھ ۹۷۰ھ ۹۶۰ھ ۹۵۰ھ ۹۴۰ھ ۹۳۰ھ ۹۲۰ھ ۹۱۰ھ ۹۰۰ھ ۸۹۰ھ ۸۸۰ھ ۸۷۰ھ ۸۶۰ھ ۸۵۰ھ ۸۴۰ھ ۸۳۰ھ ۸۲۰ھ ۸۱۰ھ ۸۰۰ھ ۷۹۰ھ ۷۸۰ھ ۷۷۰ھ ۷۶۰ھ ۷۵۰ھ ۷۴۰ھ ۷۳۰ھ ۷۲۰ھ ۷۱۰ھ ۷۰۰ھ ۶۹۰ھ ۶۸۰ھ ۶۷۰ھ ۶۶۰ھ ۶۵۰ھ ۶۴۰ھ ۶۳۰ھ ۶۲۰ھ ۶۱۰ھ ۶۰۰ھ ۵۹۰ھ ۵۸۰ھ ۵۷۰ھ ۵۶۰ھ ۵۵۰ھ ۵۴۰ھ ۵۳۰ھ ۵۲۰ھ ۵۱۰ھ ۵۰۰ھ ۴۹۰ھ ۴۸۰ھ ۴۷۰ھ ۴۶۰ھ ۴۵۰ھ ۴۴۰ھ ۴۳۰ھ ۴۲۰ھ ۴۱۰ھ ۴۰۰ھ ۳۹۰ھ ۳۸۰ھ ۳۷۰ھ ۳۶۰ھ ۳۵۰ھ ۳۴۰ھ ۳۳۰ھ ۳۲۰ھ ۳۱۰ھ ۳۰۰ھ ۲۹۰ھ ۲۸۰ھ ۲۷۰ھ ۲۶۰ھ ۲۵۰ھ ۲۴۰ھ ۲۳۰ھ ۲۲۰ھ ۲۱۰ھ ۲۰۰ھ ۱۹۰ھ ۱۸۰ھ ۱۷۰ھ ۱۶۰ھ ۱۵۰ھ ۱۴۰ھ ۱۳۰ھ ۱۲۰ھ ۱۱۰ھ ۱۰۰ھ ۹۰ھ ۸۰ھ ۷۰ھ ۶۰ھ ۵۰ھ ۴۰ھ ۳۰ھ ۲۰ھ ۱۰ھ ۰ھ

# تصانیف علامہ سید محمد شفیع رحمہ اللہ



# سلسلہٴ علامہٴ محمد علی قاسمی

ٹیلرز پریکٹس آف میڈیسن



ای۔ پی۔ پی۔ یون۔ ایم۔ اے۔ ایم۔ ڈی (آکسن) ایف۔ آر۔ سی۔ پی (لنڈ)  
معاونت

سی۔ پی۔ سیمینڈز، ایچ۔ ڈی۔ یو۔ باربر، آر۔ ڈی۔ گلیسی، این۔ ایچ۔ فیئرلے، ڈی۔ یو۔ ایم۔ مایسن

ڈاکٹر محمد عثمان خاں صاحب، ایل۔ ایم۔ اینڈریس (بمبئی) رکن شریعتہ تالیف و ترجمہ

جلد دوم

بہ نظر ثانی و ترمیم مطابقت طبع پانزدہم ۱۹۳۶ء

ڈاکٹر سی۔ اے۔ ۱۔ محمد حسین صاحب، ایم۔ بی۔ بی۔ ایس، رکن شریعتہ تالیف و ترجمہ

۱۳۶۰ھ ۱۳۵۵ھ ۱۳۵۴ھ ۱۳۵۳ھ ۱۳۵۲ھ ۱۳۵۱ھ

# سلسلہٴ علامہٴ محمد علی قاسمی



یہ کتاب جے اینڈ اے۔ چرچل لمیٹڈ لندن کی اجازت  
جن کو حق اشاعت حاصل ہے اُرو میں ترجمہ  
کر کے طبع و شائع کی گئی ہے۔

# فہرست مضامین

صفحہ  
۱ تا ۱۹۶

## امراض اعضا تنفس

- ۱- امتحان سینہ - ۲۱- التهاب قصبتہ الریہ اور نوعی سرایتیں -  
 ۲۲- نوبالیں برتید - ۲۳- شعبی التهاب - ۲۴- تمدد الشعب - ۲۵- حتمہ القش اور دمہ - حالت حاسیت - ۲۸- تسدد - ۲۹- خشوں  
 ۳۰- کانفاخ - ۳۱- ہبوط - ۳۲- اذیمہ - ۳۳- ذات الریہ - ۳۴- فریڈلینڈر کا ذات الریہ - شعبی ذات الریہ - ۳۵- خراج - ۳۶- لیفی شش - ۳۷- گنگرین - ۳۸- رُوی تدرن - ۳۹- آتشک - خراش اور  
 گیسوں سے نسم - ۴۰- ریوی سدا دیت و علقیت - ۴۱- درول  
 صدی نو مایہ جات - ۴۲- ذات الجنب اور قعق الصد - ۴۳-  
 استسقاء الصد - صدر دمویت - کیلوکس صدی - ۴۴-  
 استرواح الصد - ۴۵- ڈائفرامی فتق - ۴۶- التهاب سبط - ۴۷-

ناک گٹے اور کان کے امراض (ملتی نقطہ نظر سے) ۴۸ تا ۲۴۳

- ۴۹- ناکام - ۵۰- مزین التهاب الانف - ۵۱- التهاب الجواف - ۵۲-  
 رفاف - ۵۳- التهاب اللوزہ - ۵۴- ذبحہ و نعت - ۵۵-  
 بلعوی لوزلات - ۵۶- لسانی لوزلات - ۵۷- مزین التهاب البلعوم -  
 ۵۸- خلف البلعوم خراج - ۵۹- التهاب حنجرہ - ۶۰- تمدن - ۶۱-

آتشک - ۲۲۴ - سلعات اجسام غریبہ - ۲۲۵ - عضلات منجورہ کمال  
 ۲۲۸ - تشنج مزمار - ۲۳۲ - پیدائشی بخوری صرصرہ - عدم حیثیت - ۲۳۴  
 کان - ۲۳۹ - التهاب الاذن الوسطی - ۲۴۲ -

امراض اعضائے دوران خون ۲۴۵ تا ۴۷۵

قلب کا امتحان - ۲۴۷ - قابلیت جہد کی تخمین - ۲۶۳ - لاشعائیں  
 ۲۶۵ - نبض کبری - ۲۶۸ - نبض وریدی - ۲۷۶ - فعل قلب کی  
 غیر طبعی حالتیں - ۲۷۹ - جونی بقیاعدگی - قلبی مسدودی اور ایڈم  
 سنوکس کا علامتیہ - ۲۸۳ - پیش از وقت ضربات - ۲۸۹ - قلب کا  
 کثیر الوقوع فعل - ۲۹۵ - سادہ دوری سرعت القلب - ۲۹۶ - ذہنی  
 رفرز - ۳۰۱ - اذین کا ریشکی انقباض - ۳۰۴ - نبض متبادل -  
 قلیل الوقوع فعل - ۳۱۳ - بطین کا ریشکی انقباض - قلب کے امراض  
 تعویض - ۳۱۶ - بیش پرورش - ۳۱۷ - اتساع - ۳۲۱ - تعویض کاشل  
 ۳۲۴ - التهاب عضلہ قلب - انحطاط عضلہ قلب - ۳۲۷ - انشقاق -  
 قلب کا انورسما - ۳۳۴ - نوبالیدگیاں اور طفیلیات - حملی روماتزمی  
 ۳۳۶ - زفن - ۳۵۲ - حاد التهاب دروں قلبہ - مزمن التهاب  
 دروں قلبہ - ۳۵۹ - اورطی ضیق - اورطی بازروی - ۳۶۳ - مہرانی  
 مرض - ۳۶۸ - مہرانی ضیق - ۳۷۲ - بینی مصرعی مرض تشخیص  
 انداز اور تحریر - ۳۷۳ - قلب کے مزمن مرض کا علاج - ۳۸۱ -  
 خبیث التهاب دروں قلبہ - ۳۹۰ - علامتیہ جہد - ۳۹۸ - پیدائشی  
 تشوہات - ۴۰۴ - التهاب تامور - ۴۱۰ - مزمن تضیق التهاب تامور  
 تاموری اجتماع آب - ۴۱۷ - تاموری ہوائی اجتماع آب - تاموری  
 اجتماع الدم - ذبحہ صدیہ - ۴۱۹ - دموی عروق کے امراض  
 ساری شریانی التهاب - ۴۲۹ - مزمن شریانی انحطاطات - ۴۳۲ -  
 شریانی صلابت - ۴۳۶ - بلند فشار شریانی - ۴۳۹ - عرجان متوقف  
 ۴۴۵ - حرقی وجع الجوارح - ۴۴۸ - انورسما - ۴۴۹ - اورطی کا

پیدائشی تضائقی - مرض میتاڈ - ۴۵۸ - التهاب الوریڈ - ۴۶۲ -

عطفیت اور سدا دیت - ۴۶۳ - عرقی عصبانی اویا - ۴۷۱ -

۴۷۶ تا ۷۱۷

امراض اعضائے مضم

امتحان شکم - ۴۷۶ - شکم ماد - ۴۸۱ - التهاب الفم - عفونت دہن -

۴۸۲ - قلاع - ۴۸۷ - مری کا تندر - ۴۸۹ - فواد کا عدم ارتقاء -

۴۹۳ - عطف - ۴۹۵ - معدہ اور اثنا عشری کے امراض - معدہ

کا امتحان - لاشعاعیں - ۴۹۶ - امتحانی غذا - ۴۹۹ - سوہ مضم - ۵۰۶

بلع الہوا - ۵۲۰ - سقوط المعدہ - ۵۲۳ - ہشیر یا نی تے - دوسری تے

۵۲۶ - معدہ اور اثنا عشری کا حادثات - ۵۲۸ - حادثات التهاب

۵۳۰ - مضمی قرص - ۵۳۲ - معدی صائی اور صائی قرص - ۵۳۹ -

مرزمن اتساع - ۵۵۰ - معدہ کا ریت گھڑی انقباض - ۵۵۳ -

پیدائشی بیش پرورشی ضیق - سرطان معدہ - ۵۵۴ - خیر حیثیت -

قبض - ۵۶۲ - قتال غذائی قسم الدم - ۵۶۹ - اسہال - ۵۷۳ -

نزف معوی - قولنج - ۵۷۵ - معوی التهاب - ۵۷۹ - غذائی قسم -

امعاء کے امراض - شکمی مرض - ۵۸۶ - فلفمونی التهاب الامعاء -

التهاب القولون - ۵۹۰ - التهاب زائیدہ - ۵۹۶ - عطفیت -

۶۰۳ - تدرن نوبالیدیں اور آشک - ۶۰۶ - معوی تندر - ۶۰۹ -

انفداد الامعاء - ۶۱۶ - ہرش پرونگ کا مرض - ۶۲۱ - جگر کے

امراض - کبدی وظیفہ اور وظیفی کاشفات - ۶۲۲ - یرقان - ۶۲۶ -

استسقا و شکمی - ۶۳۵ - جگر کے امراض - ۶۳۹ - معمولی ساری کبدی

یرقان - ۶۴۰ - جگر کا حادثہ - ۶۴۳ - کہبت - آشک اور تدرن

۶۴۷ - نوبالیدیں - ۶۵۸ - کبد شمیم - ۶۵۹ - گرد کبدی التهاب

التهاب ورید الباب - ۶۶۷ - صفراوی آلہ کا وظیفی امتحان - ۶۷۰ -

التهاب مرارہ - ۶۷۳ - سنگہائے صفرا - ۶۷۶ - تقبی التهاب

قنات ہائے صفرا - ۶۸۱ - بنقراس کے وظیفی کاشفات - ۶۸۲ -

حاد التهاب بنقراس - ۶۸۷ - مزمن التهاب بنقراس - ۶۹۰ - سنگ  
نومالیے اور دویرات - حاد التهاب باریطون - ۶۹۲ - زیر ڈایا فرامی  
خراج - مزمن التهاب باریطون - تدریجی التهاب باریطون - ۷۰۴ -  
باریطونی انصبابات اور نوبالیدیں - ۷۰۹ -

خون، طحال اور لمفائی نظام کے امراض - ۷۱۵ تا ۷۹۸

امتحان خون - ۷۱۵ - غیر تکوین الدموی (قلتی) عدم دمویت - ۷۲۹ -  
اخضریت - ۷۳۲ - سادہ بے ترشہ عدم دمویت - ۷۳۴ - متکلف عدم دمویت  
۷۳۶ - غیر ذاتی خلویت - ۷۴۴ - بچپن کی غیر تکوین الدموی عدم دمویتیں  
۷۴۵ - اُتلاف الدموی عدم دمویتیں - ۷۴۶ - بے صفرا بولی یرقان -  
۷۴۷ - لیڈرر کی عدم دمویت - طحالی عدم دمویت - ۷۴۹ - بفریت موت  
۷۵۱ - سلعہ اخضر - کثرت خلیات احمر - احمر دمویت - ۷۶۰ - احمر خلوتہ  
ہیموگلوبن دمویت - ۷۶۳ - دوری ہیموگلوبن بولیت - ۷۶۵ - میٹ  
ہیموگلوبن دمویت اور سلف ہیموگلوبن دمویت پر پتھیرا - ۷۶۶ -  
نزہیت - ۷۷۳ - نقل الدم - ۷۷۶ - خون کا تعامل اور ترشہ  
سمیت - ۷۷۹ - امراض طحال - ۷۸۶ - گائوجر کا مرض نامتین اور  
پکت کا مرض - ہینڈ اور کرسچن کا مرض - امراض نظام لمفائیہ -  
۷۹۱ - مرض باجکین - ۷۹۲ -

تھول اور اندرونی افراز کے امراض ۷۹۹ تا ۹۰۷

اساسی تھول - ۷۹۹ - ذیابیطس شکر - ۸۰۲ - خدائوں کی فہرستیں - ۸۳۴ -  
قلیل شکر دمویت - ۸۵۰ - خدہ درقیہ - مقامی الخدوش یا انفرادی الخدوش  
گائٹر - محمودی گائٹر - ۸۵۲ - قثت - ۸۶۹ - نزد رتی خدوش نزد رتیت  
۸۷۰ - نکازہ - ۸۷۲ - خدہ تیموریہ - ۸۷۷ - فوق الکلیہ کیسے - ۸۷۸ - مرض  
ایڈین - ۸۸۱ - سلعات - ۸۸۴ - خدہ خماسیہ - ۸۸۶ - ذیابیطس ملیخ -  
۸۹۳ - خدہ صنوبریہ - ۸۹۶ - تناسلی خدہ - زنانه اعضا - ۸۹۷ -  
بیش اقلیل تناسلیت - ۹۰۰ - فزہی - ۹۰۱ - تعصبی - ۹۰۶ -

بِسْمِ اللّٰهِ الرَّحْمٰنِ الرَّحِیْمِ

# THE PRACTICE OF MEDICINE

## عمل طب

### جلد دوم

### امراض اعضائ تنفس

### امتحان سینہ

معائنہ (inspection) - سینہ کو سامنے، پیچھے، اور اوپر سے دیکھنے پر بعض غیر طبیعی امور مثلاً مختلف قسم کے جلدی ثورات (eruptions) و بیلہ (empyema) کے پرائے عملیات کے ندبات (scars) یا بندوق کے زخموں کے ندبات اور وریدوں کی کلائی دیکھے جاسکتے ہیں، اسی طرح سینہ کی شکل و حرکات میں کوئی تغیر موجود ہو تو وہ بھی شناخت کیا جاسکتا ہے۔ وریدوں کی کلائی کے متعلق یہ ضروری ہے کہ پھولی ہوئی وریدوں کے اور ان وریدوں کے درمیان جو معمول کے نسبت زیادہ اوپری واقع ہوں، امتیاز کیا جائے، کیونکہ اول الذکر اور وہ اجوف

(venæ cavæ) کے داخلی تسد (obstruction) پر ولادت کرتی ہیں اور آخر الذکر کوئی امراضیاتی اہمیت نہیں رکھتیں۔ ایک تندرست بالغ کے سینہ میں جن امور کو دیکھنا چاہئے وہ حسب ذیل ہیں: سینہ کی شکل کسی قدر چوٹی بیضوی ہوتی ہے، یعنی اس کا پیش پس (antero-posterior) قطر عرضی قطر کے نسبت بہت کم ہوتا ہے۔ سینہ کی زیادہ چوڑائی اس کے زیرین حصے میں ہوتی ہے۔ زوئی ہڈیاں (clavicles) محض خفیف طور پر ابھری ہوئی ہوتی ہیں اور ان کے اوپر محض خفیف سائیب اور نیچے ساذبی کوئی نشیب ہوتا ہے۔ تپٹنی کا محل وقوع چوتھی پسلی پر یا اس کے بالائی یا زیریں کنارے پر ہوتا ہے۔ زاویہ (شراسینی زاویہ: epigastric angle) ۵ تا ۱۰ درجہ کا ہوتا ہے۔ اس کا اس غضروف سیفی (ensiform cartilage) کے مقام پر ہوتا ہے اور اس کے ہر جانب ساتویں اور آٹھویں ضلعی کریاں ہوتی ہیں۔ عظم الکشف (scapula) صدر کے پچھلے حصے سے قریبی طور پر متوافق ہوتا ہے اور شکوہ سیدھا ہوتا ہے۔ شہیق (inspiration) یعنی سانس اندر لینے میں سینہ کا محیط ۲ تا ۳ انچ پھیلنا چاہئے، دونوں جانبوں کی حرکت متساوی (symmetrical) ہونی چاہئے، شراسینی زاویہ چوڑا ہو جانا چاہئے اور قص (sternum) کو آگے بڑھانا اور نیچے کی ہڈیوں کو اوپر اٹھانا چاہئے۔ گہری سانس لینے پر زیر ترین بین ضلعی فضاؤں کو اپنی جگہ سے محض ذرا ہی پیچھے ہٹنا چاہئے۔

سائنہ کے ذریعہ سینہ کی شکل کی غیر طبعی حالتیں نوٹ کی جاتی ہیں، اور یہ اسباب ذیل کا نتیجہ ہو سکتی ہیں:۔ (الف) امراض شش - نقاخ (emphysema) میں سینہ معمول سے زیادہ کشادہ اور شراسینی زاویہ نسبتاً زیادہ چوڑا ہوتا ہے۔ پھیپھڑے کی لیفیت (fibrosis) میں جیسی کہ سلی ریوی (phthisis) میں ہوتی ہے، معتامی انقباض کی وجہ سے جو کہ عموماً ایک یا دوسرے اس پر واقع ہوتا ہے، سینہ غیر متساوی ہو جاتا ہے۔ (ب) ایسے امراض عظام جیسے کہ وہ تشوہات (deformities) جو کساحہ (rickets) اور شکوہ کے زاویاتی اور جانبی انحنائوں کے باعث ہو جاتے ہیں۔ ممکن ہے کہ سینہ غیر متساوی ہو جائے یا غیر طبعی شکل کا ہونے کے باوجود بدستور دو جانبی متساوی ظاہر کرے۔ بالعموم شعبی التهاب (bronchitis) اور شعبی ذات الریہ

(broncho-pneumonia) بھی ان تشوہات کے پیدا کرنے میں حصہ لیتے ہیں جو کہ کاحہ کا نتیجہ ہوتے ہیں۔ (ج) ممکن ہے کہ نوعمر موضوعوں میں قلب کی بیشش پرورشش (hypertrophy) بائیں پہلو میں دیوار سینہ کا ایک مقامی ابھار پیدا کر دے۔

سینہ کا محیط ایک فیتہ کے ناپ سے، اور عرضی اور بیشش پسے قطر ایک قطر پیم (callipers) کے ذریعہ حاصل ہوتا ہے۔ سینہ کی شکل ایک انحاء پیم (cyrtometer) سے حاصل ہو سکتی ہے، جو نرم دھات کے دو لمبے ٹکڑوں پر مشتمل ہوتا ہے، اور جس میں ان ٹکڑوں کے ایک طرف کے سرے باہم ڈھیلے جڑے ہوئے ہوتے ہیں۔

مائنہ سے ہم، صدر کی شکل اور تشاکل کی تبدیلیوں کے علاوہ، حرکات تنفس کی نوعیت بھی نوٹ کر سکتے ہیں۔ تنفس کا طبعی تواثر بالوں میں فی منٹ تقریباً پندرہ تا اٹھارہ ہوتا ہے۔ بچوں میں یہ نسبت بہت زیادہ تیز ہوتا ہے۔ یہ تواثریں باز آند ہو سکتا ہے اور عمر کے ساتھ بدلتا ہے۔ ریوئی یا دوسرے مبداء کے مرض کی مختلف قسموں میں حرکات تنفس معمول کی نسبت سُست یا زیادہ تیز، غیر عمیق یا عمیق تر، کمزور یا قوی تر ہو سکتے ہیں، اور ممکن ہے کہ وہ غیر منظم یا بے قاعدہ ہوں۔

بھور (dyspnoea) ایک سریریاتی اصطلاح ہے، جو پھولی ہوئی سانس (shortness of breath) کو ظاہر کرنے کے لئے استعمال کی جاتی ہے، اور یہ مریض کا اپنا احاس ہے کہ مزید تنفسی کوشش کی ضرورت ہے۔ (الف) تنفسی شرح کی زیادتی (سرعت تنفس: polypnoea) (ب) تنفسی ضخامت کی زیادتی (بیشش تنفس: hyperpnoea) (ج) پھیپھڑوں کے اندر اور باہر ہوا کے جانے آنے میں رکاوٹ

121

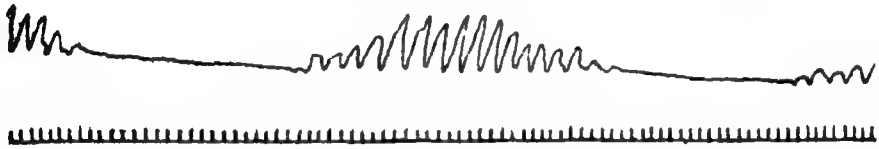
(انسدادی بھور: obstructive dyspnoea) موجود ہو سکتی ہے۔ آخر الذکر صورت میں یہ وقت یا تو دورانِ شہیق (inspiration) میں (شہیقی بھور: inspiratory dyspnoea) یا دورانِ زفیر (expiration) میں (زفیری بھور: expiratory dyspnoea) نہایت نمایاں ہو سکتی ہے۔ اگر مریض کو زیادہ سہولت کے ساتھ سانس لینے کے لئے مجبوراً بیٹھنا پڑے، جیسا کہ بہت سی ریوئی اور قلبی امراض کی صورت میں ہوتا ہے، تو اس حالت کو انتصابی تنفس (orthopnoea) کہتے ہیں۔ بطء تنفس (bradypnoea) یا تنفسی شرح کی تخفیف، جس کے ساتھ



بلند جزی ہوا پائی جاتی ہے، طبعی حالت میں نیز التهاب دماغ (encephalitis) کے بعد ہونا بیان کی جاتی ہے (۱)۔

یہ دیکھنا بھی اہم ہے کہ آیا تنفس کا عمل زیادہ تر سینہ کے بالائی حصے سے انجام کو پہنچتا ہے جیسا کہ عورتوں میں عام ہوتا ہے، یا زیریں حصے سے جو مردوں کی ممتاز خصوصیت ہوتی ہے۔ اب معائنہ میں شکمی دیواروں پر بھی نظر ڈالنی چاہئے، جن سے گویا حجاب عاجز کا فعل ظاہر ہوتا ہے، یعنی جب حجاب عاجز منقبض ہوتا ہے تو شکمی دیوار اس آگے کو بڑھ آتی ہیں اور جب وہ مرنجی (relaxed) ہوتا ہے تو شکمی دیواریں پیچھے کو ہٹ جاتی ہیں۔ سینہ کے ایک حصے کا غیر متناسب استعمال اس امر پر دلالت کرتا ہے کہ اس کے دوسرے حصے میں مرض ہے۔ معائنہ سکون سے سانس لینے میں اور مریض کے زور سے اندر سانس لینے (شہیق: inspiration) میں دونوں حالتوں میں کرنا چاہئے۔

چین اسٹوکس تنفس (Cheyne-Stokes respiration)۔ اس قسم کی سانس کی خصوصیت یہ ہے کہ اس میں تنفس کی زیادتی (بیش تنفس: hyperpnoea) اور تنفسی حرکات کی غیر موجودگی (عدم تنفس: apnoea) کے



شکل ۸۔ چین اسٹوکس تنفس۔ اس منحنی (curve) کو بائیں طرف سے دائیں طرف پڑھنا چاہئے، اور وقت کا اندراج نیچے ثانیوں (seconds) کے نشانوں سے کیا گیا ہے۔ عدم تنفس کے عرصے میں بوجھوٹے چھوٹے موجات درج ہیں وہ قلب کی ضربات کی وجہ سے ہیں۔

تبادل عرصے ہوتے ہیں۔ بیش تنفسی عرصے، تنفسی ضخامتوں (respiratory volumes) کا تدریجی چڑھاؤ اُتار ظاہر کرتے ہیں جیسا کہ شکل ۸ میں بتلایا گیا ہے۔ ایک دوریہ

(cycle) کی پوری مدت میں تاساٹھ سیکنڈ ہو سکتی ہے، اور اس میں تنفسات کی تعداد پانچ سے لیکر ساٹھ تک مختلف ہوتی ہے۔ تنفس کی زیادتی کے عرصہ کے وسط میں تنفس کی شرح فی منٹ پچاس یا ساٹھ تک تیز ہو سکتی ہے۔ چین اسٹوکس تنفس غالباً تنفسی مرکز کی تحریک پذیری (excitability) کے تغیرات کے ساتھ وابستہ ہوتا ہے اور اس سے عموماً آکسیجن کی کمی ظاہر ہوتی ہے۔ لیکن ممکن ہے کہ دماغی شرائین کے قطریہ (calibre) کے تغیرات اس کا سبب ہوں، اور نخاع مستطیل (medulla) کی شرائینوں کا نوبتی انقباض (periodic contraction) نوبتی عدم تنفس (periodic apnoea) پیدا کر دیتا ہو (2)۔ چین اسٹوکس تنفس کبھی کبھی طبی اشخاص میں سونے کی حالت میں موجود ہوتا ہے اور مرتفع اور بلند مقامات پر بہت عام طور پر واقع ہو جاتا ہے۔ کثیر التعداد امراض صیاتی حالتوں میں وہ اکثر موت سے چند گھنٹے پہلے واقع ہوتا ہے۔ اس کے برعکس ان ضعیف العمر اشخاص میں جو عضلہ قلب کے انحطاط (myocardial degeneration) اور شریانی مرض میں مبتلا ہوں چین اسٹوکس تنفس کا مہینوں جاری رہنا معلوم ہوا ہے۔ بیش تنفسی عرصہ کا اثر یہ ہوتا ہے کہ وہ خون سے  $CO_2$  کو دھوکہ خارج کر دیتا ہے لہذا اب تنفسی مرکز متہیج نہیں ہوتا اور سانس موقوف ہو جاتی ہے۔ وقفہ کے دوران میں  $CO_2$  بتدریج مجتمع ہو جاتی ہے اور جو فیسنزول (alveoli) میں کی آکسیجن خرچ ہوتی رہتی ہے۔ اس کے بعد جب آکسیجن کی احتیاج ناگہانی طور پر محسوس ہوتی ہے تو سانس پھر شروع ہو جاتی ہے۔ بیش تنفس (hyperpnoea) کے دوران میں پھیپھڑوں میں آکسیجن بہ سرعت زیادہ ہو جاتی ہے۔ لیکن چونکہ مرکز تنفس ضرورت سے زائد متہیج ہو جاتا ہے لہذا  $CO_2$  دھوکہ خارج ہو جاتی ہے اور آکسیجن کی احتیاج سرورست موجود نہیں رہتی۔ اس طرح چین اسٹوکس تنفس کا انحصار دو جداگانہ عاملوں کی موجودگی پر ہوتا ہے جو مرکز تنفس کو متہیج کرتے ہیں۔ یہ عامل یہ ہیں: آکسیجن کی احتیاج اور کاربن ڈائی آکسائیڈ ( $CO_2$ ) (Pembrey and Allen) چین اسٹوکس تنفس کو ایک انجن کے حاکم کی جویندگی ("hunting of the governor") سے تشبیہ دیا جاسکتی ہے جو اڑپیٹے (flywheel) کی غیر موجودگی میں واقع ہوتی ہے۔ تنفس کے ان تغیرات کے ساتھ دوسرے مظاہر بھی ہو سکتے ہیں۔ عدم تنفس (apnoea) کے اختتام پر آکسیجن کی

احتیاج کے زمانہ میں، مریض پر غنودگی طاری ہو جاتی ہے، وہ غافل اور بے پروا ہو جاتا ہے، اور اس کا چہرہ کبود (livid) ہو جاتا ہے۔ اس طرح ممکن ہے کہ بیش تنفسی عرصے کے آخری حصے میں مریض متہیج (excited) ہو جائے۔ بیش تنفس (hyperpnoea) میں ممکن ہے کہ پتلیاں متع ہو جائیں، اور عدم تنفس (apnoea) میں پھر سُکرا جائیں۔ نبض اکثر شدید متاثر ہوتی ہے، لیکن سٹرایف ٹیلر (sir F. Taylor) نے مشاہدہ کیا کہ وہ بیش تنفس کے ابتدائی اور درمیانی زمانوں میں سیکنڈ کے لئے بالکل موقوف ہو گئی۔

تنفس بیو (Biot's respiration) میں جو عام ترین طور پر التهاب سحایا (meningitis) میں دیکھا جاتا ہے، کئی سیکنڈ (تیس یا زائد سیکنڈ تک) کے وقفے کم و بیش نوبی طور پر واقع ہوتے ہیں، لیکن تنفسات کا چرچاؤ اُسار نہیں ہوتا۔ رائجنی شعاعیں (Röntgen rays)۔ یہ طریقہ تحقیق سینہ کے مرض کی حقیقت شناخت کرنے یا اُس کی وسعت اور جائے وقوع کا اندازہ کرنے کیلئے نہایت منفعت بخش ہے۔ حجاب عاجز کی وضع اور حرکت، اور ریوی تجمد (pulmonary consolidation) ورنہ (tubercle)، نوبالیدوں اور اُصباح انصباب (liquid effusions) کی موجودگی کی شناخت، پردہ پر نظر آنے والے سایہ سے کیجا سکتی ہے، اور ان کی عکسی تصویریں لیجا سکتی ہیں۔ مریض کے امتحان کا بہترین طریقہ عموماً یہ ہے کہ اُسے افقی وضع میں دیکھنے کی بجائے انصبابی وضع میں دیکھا جائے۔ جتس (palpation)۔ اس سے یہ مراد ہے کہ سینہ کے حرکات کے امتحان کے لئے یا اُس کی دیواروں کے اُن ارتعاشات (vibrations) کے مطالعہ کیلئے جو آواز یا دوسرے سبب سے پیدا ہو جاتے ہیں، سینہ کی سطح پر ہاتھ رکھا جائے لول الذکر مقصد کے لئے ایک ہی وقت میں ایک ایک ہاتھ سینہ کی ہر جانب پر ترقوی ہڈی (clavicle) کے نیچے، یا زیر کتفی (infra-scapular) خطے یا زیر بغلی (infra-axillary) خطے پر رکھا جاتا ہے، جس سے حرکت کی مطلق اور اضافی مقداریں کی مقدار صحت کے ساتھ معلوم کی جا سکتی ہیں۔ آخر الذکر مقصد کے لئے ہاتھ سینہ پر چپٹا رکھ دیا جاتا ہے اور مریض بلند آواز سے بولتا ہے۔ بہترین طریقہ یہ ہے کہ دونوں ہاتھوں

بیک وقت سینہ کی ہر جانب پر متشکل (symmetrical) وضعوں میں رکھا جائے۔  
ہاتھوں کی ظہری (dorsal) سطحیں اور راجی (palmar) سطحیں دونوں استعمال کی جاتی  
ہیں (Jex-Blake)۔ حالت صحت میں دیوار سینہ میں ایسے ارتعاشات ہوتے ہیں جو  
اُس پر رکھے ہوئے ہاتھ کو صاف طور پر محسوس ہوتے ہیں [لمسی صوتی حمیف  
(tactile vocal fremitus) یا لمسی ارتعاش (tactile vibration)]۔ اس  
کے لئے ضروری ہے کہ احوال صوت (vocal cords) کا ارتعاش طبی ہوا اور پھیپھڑوں  
کی ایضالی قوت (conductivity) طبی ہو اور اُس کے ساتھ ہی شیمی انوبات  
(bronchial tubes) مفتوح ہوں اور شش کی بافت آہنی ہو۔ ارتعاش کی مقدار  
تندرست اشخاص میں مختلف ہوتی ہے۔ باغ مردوں میں جن کی آواز گہری اور گونجنے  
والی ہو سب سے زیادہ ارتعاش پایا جاتا ہے۔ عورتوں اور بچوں میں یہ ارتعاش  
قلیل ترین یا غیر موجود ہوتا ہے۔ ارتعاش مرض کی حالت میں ہر ایسی چیز سے کم یا  
ناہود ہو جاتا ہے جو شیمی انوبات میں رکاوٹ پیدا کر دے یا پھیپھڑوں کو پچھا کر ان کی  
اسفنجی بافت کو ٹھوس بنا دے، مثلاً پلیورائی کہنے کے اندر مایع (liquid) یا ہوا کی  
موجودگی (استرواح الصدر: pneumothorax)۔ جب شش کی بافت کے متحد  
(consolidation) کے ساتھ شیمی انوبات کی مفتوح حالت (patency) ہوتو ارتعاش  
زیادہ ہو جاتا ہے۔ ذات الریہ (pneumonia) میں جب چھوٹے انوبات افزا سے  
بھرے ہوئے ہوں تو ارتعاش کم یا غیر موجود ہوتا ہے، لیکن اگر انوبات کھانسنے سے  
صاف ہو گئے ہوں تو وہ زیادہ ہو جاتا ہے۔

تجسس (palpation) سے پلیورائی فرک (pleural friction) کے ارتعاشات  
شیمی تنگی کے ارتعاشات (خرخرات: rhonchi) اور کہنوں میں پیدا ہونے والی  
بعض آوازوں کے ارتعاشات بھی شناخت کئے جاسکتے ہیں۔ متناظر آوازوں کا  
تذکرہ استماع (auscultation) کے بیان میں درج کیا گیا ہے۔

قرع (percussion)۔ قرع یعنی تھپکنے یا ٹھونکنے سے جسم کے کسی بھی حصے  
سے آواز پیدا کیا جاسکتی ہے۔ مثلاً ران سے ایک بالکل محتمل آواز (absolutely  
dull sound) نکلتی ہے، جو محض ایک شور (noise) ہوتی ہے جس میں صرف

دو صفات ہوتے ہیں یعنی بلندی (loudness) اور مدت (duration)۔ جب سینہ یا شکم کو (جو ہوا دار کہتے ہیں) ٹھوکا جاتا ہے، تو ان کی آواز ایک حد تک تو ایک شور (noise) ہوتی ہے، اور ایک حد تک ایک موسیقی سرتی (musical tone)۔ کسی ساخت میں ایسی موسیقی سرتی جس حد تک موجود ہو اسی حد تک اس ساخت کو گمک داسر (resonant) کہتے ہیں گمک (resonance) کا انحصار اور ذیل پر ہوتا ہے :- (۱) ایک کہنہ جس میں ہوا مرتعش ہو سکے (۲) دیواریں جو کافی طور پر یکجہ دار ہوں اور ایسا صحیح تناؤ (tension) رکھتی ہوں اور ہوائے ساتھ ہم آہنگ ہو کر مرتعش ہو سکیں، نیز آواز کو باہر کی طرف ایصال کرنے کی صلاحیت رکھتی ہوں۔ دیوار کا تناؤ گمک پر جو اثر رکھتا ہے اسے ہوا سے پھلائے ہوئے گال کو اٹھلی کے ناخن سے تھپ تھپا کر اور گال کے عضلات کے انقباض کو بدل بدل کر باسانی بتلایا جاسکتا ہے۔ سرتی (tone) ارتعاشات کے ایک باقاعدہ سلسلے سے پیدا ہوتی ہے۔ اس کا اسر تفاع (pitch) ارتعاشات کی فی ثانیہ تعداد پر منحصر ہوتا ہے۔ اس کی صفت (quality) کا انحصار بلند نغمات (harmonics) یا اونچی سرتیوں (overtones) کی اس تعداد پر ہوتا ہے جو بنیادی سر (fundamental note) کے ساتھ موجود ہوں۔ شور محض (mere noise) کی طرح سرتی (tone) میں بھی بلندی (loudness) اور مدت (duration) موجود ہوتی ہے۔ لیکن اگر قرع (percussion) کی طاقت مساوی ہو تو محض شور کے مقابلہ میں سرتی کی بلندی اور اس کی مدت زیادہ ہوتی ہے۔

قرع کی سب سے زیادہ سرتی اور موسیقی آوازوں (musical sounds) کو طبلی (tympanitic) کہتے ہیں۔ ایسی آوازیں شکم سے اور ایک استرواح لصلہ والے سینہ سے حاصل ہوتی ہیں۔ ان حالتوں میں ارتفاع (pitch) اونفی ہوتا ہے، کیونکہ شکم اور سینہ بڑے کہتے ہیں۔ قصبۃ الریہ (trachea) سے بھی ایک طبلی آواز حاصل ہوتی ہے لیکن اس کا ارتفاع نسبتاً اعلیٰ ہوتا ہے۔ طبعی سینہ کا قرع کرنے سے شش کی طبعی گمک (normal lung resonance) حاصل ہوتی ہے، جس میں موسیقیت کا عنصر بہ نسبت اس کے جو طبلیت (tympany) میں ہوتا ہے

کم نمایاں ہوتا ہے۔ اس کی وجہ یہ ہے کہ جو فیزوں کی پلکدار دیواریں دیوار سینہ کے ساتھ مرتعش نہیں ہوتیں۔ ارتقاع (pitch) ادنیٰ ہوتا ہے، یعنی فی سیکنڈ ۱۲ تا ۱۴ ارتعاشات (Müller)۔ اگر جو فیزی دیواریں ڈھیلی ہوں، اس صورت میں جب کہ کہنے پٹیور کے اندر سیال مجتمع ہو رہا ہے، تو قرع کی آواز طبعی ہو جاتی ہے۔ اس کو اسکودائی ملگ (Skodaic resonance) کہتے ہیں۔ اگر سیال نسبتاً زیادہ مقدار میں موجود ہے اور اس نے شش کو بچکا کر اس کے اندر کی ہوا کو باہر نکال دیا ہے تو قرع کی آواز بالکل اصم (completely dull) ہو جائے گی۔ لیکن ممکن ہے کہ اصم رقبہ (dull area) سے آگے جہاں شش صرف ڈھیلا پڑ گیا ہے طبعی آواز موجود ہو اور پھر اس سے بھی آگے کو شش کی طبعی ملگ ہو۔ سیال خود آواز کا اچھا موصل ہوتا ہے، جیسا کہ ہر وہ شخص جو ایک حمام میں لیٹ کر اور اپنے کانوں کو پانی میں ڈوبا ہوا رکھ کر پانی کا نل کھلا رکھے خود پر تجربہ کر کے دیکھ سکتا ہے۔ ملگ اس وجہ سے غائب ہو جاتی ہے کہ (۱) جب زیادہ سیال موجود ہوتا ہے تو شش پچک جاتا ہے۔ (۲) اگر اب بھی شش میں کچھ ہوا موجود رہے تو سیال میں آواز کی منتقلی ناقص ہوتی ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 125)۔

بلش ملگ (hyper-resonance) یعنی ملگ کی زیادتی اس درجہ کو ظاہر کرتی ہے جو شش کی طبعی ملگ اور طبلیت کے درمیان ہوتا ہے۔ خفت ملگ (impairment of resonance) یعنی ملگ کی کمی اس درجہ کو ظاہر کرتی ہے جو شش کی طبعی ملگ اور قطعی اصمیت (absolute dulness) کے درمیان ہو بیش ملگی یا طبعی سر (hyper-resonant or tympanic note) مرض نفاخ (emphysema) میں پایا جاتا ہے اس مقام پر جہاں جو فیزی دیواریں بڑی حد تک تلف ہو جاتی ہیں، اسی طرح یہ نہایت بڑے کہنوں پر بھی ملتا ہے جیسے کہ سل ریوی (phthisis) میں شش کے تجدد (solidification) یا بچکاؤ (compression) کی اور پٹیور کی دیارت سے ملگ کم ہو جاتی ہے۔ شش کے چھوٹے کہنوں پر ایک اتم قشری سر حاصل ہوتا ہے، کیونکہ ان کے ساتھ لیفت (fibrosis) بھی موجود ہوتی ہے۔ ریوی ملگ کا انحصار دیوار سینہ کی دیارت پر بھی ہوتا ہے۔ دے

اشخاص کی نسبت عضلی نشوونما والے اشخاص میں اور سینہ کے اگلے حصے کی نسبت سینہ کی پشت سے نسبت زیادہ اہم حاصل ہوتا ہے۔

بلا واسطہ قرقع (immediate percussion) کی مشق ترقوی ہڈیوں پر راست قرقع کر کے کی جاتی ہے۔ بالواسطہ قرقع (mediate percussion) بقیہ سینہ کے لئے اس طرح کیا جاتا ہے کہ بائیں ہاتھ کی دوسری انگلی کو ایک بین الاضلاع فضا کے طول میں رکھ کر اس کے بعد ہی بین السلامیاتی مفصل (distal interphalangeal joint) کی ظہری سطح پر دائیں ہاتھ کی دوسری انگلی کی نوک سے ٹھوکا جاتا ہے۔ سینہ کی دونوں جانبوں کے متناظر نقطوں کا باہم مقابلہ کرنا بھی ضروری اور اہم ہے۔ انگلیوں کو اس طریقہ پر استعمال کرنے سے مزاحمت (resistance) کا کچھ اندازہ ہو سکتا ہے۔ جہاں ایک گمکی ٹر حاصل ہوتا ہے وہاں سینہ پر رکھی ہوئی انگلی کی وساطت سے لچک (resilience) کا احساس محسوس ہوتا ہے۔ جب آواز اہم ہو تو دیوار سینہ بے لچک (unyielding) اور جامد معلوم ہوتی ہے۔

یہاں قرقعی آوازوں کی دو قسموں کا تذکرہ کرنا بھی ضروری ہے:-  
(۱) صوت ظریف شکستہ (cracked pot sound) جو کبھی کبھی اس کہنہ پر سنائی دیتی ہے جو ایک شعبہ (bronchus) سے ملتی ہو (ملاحظہ ہو صفحہ 168)۔  
(۲) قلاری گمک (amphoric resonance) یا ظری جھنکار (metallic ring) جو بعض اوقات ایک ہوا سے بھرے ہوئے برتن کہنہ پر قرقع کرنے سے سنائی دیتی ہے اور حر و نحاسی (bruit d'airain) سے بہت مشابہ ہوتی ہے (ملاحظہ ہوں صفحات 127، 191)۔ قرقع کو رب سے پہلے آئین و رگر (Auenbrugger) نے شکستہ میں بیان کیا (3) اور اس نے وہ مختلف امراضیاتی حالتیں بھی بیان کیں جو قرقع کی آواز کی تبدیلیوں کے ساتھ پائی جاتی ہیں۔

استماع (auscultation)۔ یہ احشاء (viscera) یا جسم کے دوسرے حصوں کا مطالعہ ہے جو ان کے اندر پیدا شدہ آوازوں کو سن کر کیا جاتا ہے۔ یہ بلا واسطہ (immediate) ہو سکتا ہے اس وقت جب کہ برتنہ سینہ پر یا

صرف ایک تولیہ یا رومال کو عامل رکھ کر مریض کے سینہ سے خود کان کو لگا دیا جاتا ہے۔  
یا بالواسطہ (mediate) جب کہ ایک موصل صوت (sound conducting instrument) مریض کے سینہ اور سماع کے کان کے درمیان مدبٹ پیدا کرتا ہے۔  
زیادہ عام طور پر جو آلات استعمال میں لائے جاتے ہیں وہ یہ ہیں:۔ (۱) دو گوشی سماع الصدیر (binaural stethoscope) (۲) سید معاچربی یا فیلزنی سماع الصدیر جو تقریباً پنج لمبا ہوتا ہے اور (۳) صوقتی دسروں بلین (phonendoscope) جس سے اندر آوازوں میں گمک پیدا ہو جاتی ہے۔  
پہلے اور تیسرے آلے میں یہ فائدہ ہے کہ وہ دونوں غم پذیر ہوتے ہیں، اور مریض کی ہر وضع میں استعمال کئے جاسکتے ہیں۔ استماع اور اس کے لمبی فوائد کو سب سے پہلے لائینک (Laennec) نے بیان کیا۔ اُس نے اپنے مشاہدات کو ۱۸۱۹ء میں دو جلدوں میں جمع کر کے مندرجہ ذیل نام سے موسوم کیا "De

*l'Auscultation Médiate ou Traité du Diagnostic des Maladies*

*des Poumons et du Coeur fondé principalement sur ce nouveau*

"moyen d'exploration" اور یہ پیرس میں طبع ہوئیں۔ بالواسطہ استماع کے انکشاف کو اُس نے اپنے الفاظ میں یوں بیان کیا ہے (۵):

"۱۸۱۶ء میں مجھ سے ایک نوجوان عورت نے مشورہ چاہا۔ مریضہ میں قلب کے مرض کے عام علامات نظر آتے تھے۔ ... مریضہ کی عمر اور صنف کی وجہ سے مجھے اس کا موقع نہیں تھا کہ میں مندرجہ بالا طریقہ سے (یعنی سینہ پر براہ راست کان لگا کر) اس کا امتحان کر سکوں۔ من اتفاق سے مجھے ایک مشہور سمعی مظہر (acoustic phenomenon) یاد آیا: یعنی یہ کہ اگر ہم ایک چوبی شہتیر کے ایک سرے پر اپنا کان رکھ دیں تو شہتیر کے دوسرے سرے پر ایک البین سے کھرچنے کی آواز ہمیں نہایت صاف طور پر سنائی دیتی ہے۔ چنانچہ میں نے کاغذ کا ایک ٹٹھالیا اور اُسے لپیٹ کر خوب سخت بنا لیا، اور اس کا ایک سر مریضہ کے پیش قلبی خطے (præcardial region) پر رکھ کر دوسرے سرے پر اپنا کان رکھا۔ ۱۸۱۶ء میں مجھے تعجب ہوا اور خوشی بھی جب کہ میں نے یہ دیکھا کہ میں مریضہ کی قربات قلب کو



اس قدر صاف اور واضح طور پر سن سکتا ہوں کہ میں نے پہلے کبھی اپنا کان براہ راست لگانے پر بھی اس صفائی اور وضاحت کے ساتھ نہ سنا تھا۔

اگر تندرست شش کا استماع کیا جائے تو ہم ہر تنفس کے ساتھ ہر جگہ ایک آواز نہیں گے جسے طبی صوت تنفس (normal breath sound) یا خوبصورت خویہر (vesicular murmur) کہتے ہیں۔ اس کی نقل یوں ہماری جاسکتی ہے کہ ہونٹوں کو زیر من حرف ڈبلو (German "w") یا انگریزی مچول "وی" (English "v") کا تلفظ ادا کرنے کی وضع میں رکھا جائے اور پٹلے سے چونک ماری جائے۔ اس آواز کا ارتقاع ادنیٰ (low pitch) ہوتا ہے اور اس میں نہ تا۔ و ارتعاشات (vibrations) ہوتے ہیں (Müller)۔ حوصلی خریہ شہیق (inspiration) کے دوران میں سنائی دیتا ہے۔ لیکن زفری فعل (expiratory act) یا توالکل خاموشی کے ساتھ ہوتا ہے، یا ایک قائل آواز کے ساتھ ہوتا ہے، جو نسبت زیادہ نرم اور مختصر (softer & shorter) ہوتی ہے اور زفر کے اوائل تک محدود ہوتی ہے۔

تنفس کی آوازوں کی پیدائش کی توضیح میں صفحہ 219 پر بیان کیا گیا ہے کہ یہ آوازیں اس وقت جب کہ ہوا ایک تنگ سوراخ سے کسی نسبت چوڑی فضا میں جاتی ہے، ایک "منجھدار" (inspiration) بن جانے کی وجہ سے پیدا ہو جاتی ہیں۔

دوران شہیق (inspiration) میں تنفس کی آواز (۱) مزمار (glottis) کے مقام پر پیدا ہوتی ہے اور (۲) محیط کے مقام پر اس وقت پیدا ہوتی ہے جب کہ ہوا تنفسی شہیق (respiratory bronchioles) میں سے نکل کر اور جو فیزی قناتوں اور واتاقوں (atria) میں سے ہوتی ہوئی، ہوائی ساچوں (air-sacs) کے اندر جاتی ہے (ملاحظہ ہو تصویر ۹)۔ جب آواز کسی ایسے منج سے نکلتی ہو جو کہ یکساں واسطی میں ہو تو وہ عملاً چاروں طرف منتشر ہو جاتی ہے اور اس کی شدت فاصلہ کے مربع کے تناسب گھٹ جاتی ہے۔ لیکن جب آواز مزمار میں پیدا ہوتی ہے جو کہ ایک نلی میں واقع ہے، تو اس کا انتشار رک جاتا ہے اور وہ نلی کی دیوار کے اندر سے مسلسل مکوس ہوتی ہوئی، نلی کے راستہ سے نیچے کو ایصال پذیر ہو جاتی ہے جیسا کہ ایک بولنے کی نلی (speaking-tube) میں ہوتا ہے۔ تاہم نیچے جا کر نسبت

چھوٹی ٹالیوں سے گھنجدار انتشار گرد و میش کے شش میں واقع ہوتا ہے۔ اس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ مزماری آواز جب سینہ کے باہر سنانی دیتی ہے تو وہ کمزور ہوتی ہے۔

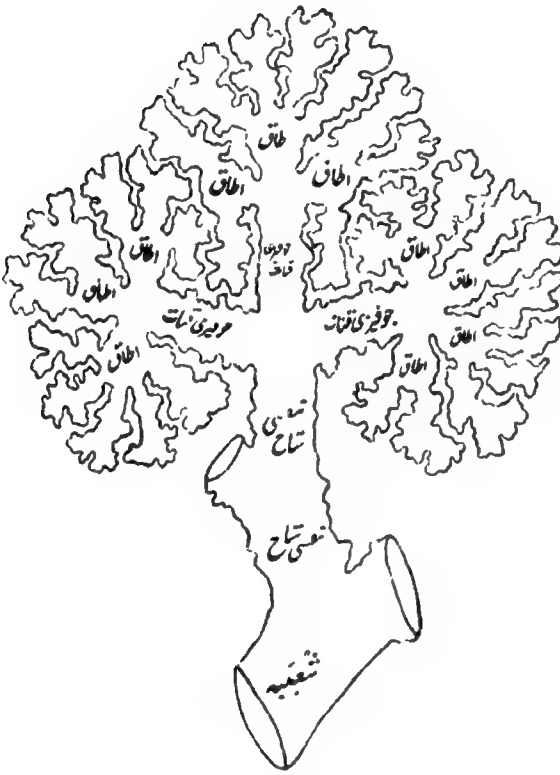
اگرچہ اسے اس آواز سے جو کہ محیط کی طرف ہوائی تاجوں وغیرہ میں پیدا ہوتی ہے تقویت حاصل ہوتی ہو بولنے کی نالی کا یہی اصول استماع من مسمع الصد کے استعمال کی بھی توضیح کرتا ہے۔ دوران

نفس (expiration)

میں آواز اور بھی زیادہ کمزور ہوتی ہے کیونکہ وہ خالصاً مزمار کی وجہ سے پیدا ہوتی ہے اور کیونکہ ایک دوسرا

عام قاعدہ یہ بھی ہے کہ آوازیں ہوائی رُو کی مخالف سمت میں کس آسانی سے ایصال پذیر نہیں ہوتیں کہ جس آسانی

کے ساتھ وہ اس کے ساتھ ساتھ ایصال پذیر ہوتی ہیں۔ سینہ کے بعض حصوں میں جہاں بڑے بڑے شعبات اور دیوار سینہ کے درمیان استسجی بافت کی تہ چنداں دبیز نہیں ہوتی، تو یہی خیر کسی قدر درخت تر آوازوں (harsher sounds) سے



تصویر ۹۔ شش کی ساخت، جو از ملر (Miller) (45)۔

نفسی شعبات، جو فی قعات، اوقات اور اجھاؤں پر ہوائی تاج، ان سب کی دیواروں میں جو فیروں کا اثر ہوتا ہے جس کی راہ سے گیوں کا تبادلہ ہوتا ہے۔

بدلتا ہے، جو ذیفر کے بیشتر حصے میں جاری رہتی ہیں اور شعبی حویصلی تنفس (broncho-vesicular breathing) کہلاتی ہیں۔ یہ حصے یہ ہیں: عظم القفس (sternum) کا بالائی سرا، پہلی ضلعی کڑیاں جہاں وہ عظم القفس سے اتصال حاصل کرتی ہیں اور پشت پر خط وسطی میں ایک آلماسی شکل کی نضار جس میں ساتواں عنقی (cervical) اور پہلا ظہری شوکہ (dorsal spine) شامل ہیں۔ دوسری جگہ اوقت تک جب تک کہ شش تندرست ہے اور ہوائی راستے نفوذ پذیر ہیں حویصلی خریر ہمیشہ موجود رہتا ہے۔ حویصلی خریر بالغوں کی نسبت بچوں میں زیادہ بلند اور زیادہ درشت (harsher) ہوتا ہے (صبائی تنفس: puerile breathing)۔ بالغوں میں حویصلی تنفس تندرست شش پر اس وقت درشت اور مبالغہ آمیز ہوتا ہے جب کہ دوسرا شش اینا فصل انجام نہ دے رہا ہو (تعویقی تنفس: compensatory breathing)۔ تنفس کی آوازیں غیر عینی تنفس میں، نفاخ میں اور اس وقت جب کہ دیوار سینہ دبیر ہو، کمزور ہو سکتی ہیں۔ وقفہ دار زیادہ دو پرست تنفس (interrupted or cog-wheel respiration) وہاں ہوتا ہے جہاں شش کے غیر منظم طور پر پھلنے کی وجہ سے، جس کا سبب ممکن ہے کہ ہوا کے داخلہ میں میکانی مزاحمت ہو، یا معصوبیت (nervousness) کی وجہ سے عضلی فعل کی بیقاعدگی ہو، شہیقی خریر پھلنے کے ساتھ (jerky) یا تموجی ہوتا ہے۔ اس قسم کا تنفس زیادہ شخصیتی اہمیت نہیں رکھتا۔

حویصلی خریر کی کمی، ہوا کے داخلہ میں کمی یا تنفس کی آوازوں کی غیر موجودگی اس وقت پائی جاتی ہے جب کہ ہوائی جو فیزے مٹھوس (obliterated) ہو جائیں یا جب ان سے ارتباط رکھنے والا شعبہ (bronchus) سدود یا مٹھوس ہو جائے یا جب ہوائی جو فیزے سطح سینہ سے دور ہٹ جائیں جیسا کہ عام طور پر پٹیورائی انصباب (pleural effusion) کی حالت میں ہوتا ہے۔ آخر الذکر حالت میں تنفس کی آوازوں کی غیر موجودگی کا انحصار اس اصول پر ہوتا ہے کہ جب آواز ایک واسطہ مثلاً ہوا میں سے گزرتی ہوئی کسی دوسرے واسطہ مثلاً پٹیورائی انصباب کی موجودگی سطح پر پہنچتی ہے تو آخر الذکر میں سے اس کی منتقلی ناقص طور پر ہوتی ہے، لہذا اس کا بیشتر حصہ واپس منعکس ہو جاتا ہے۔ یہ امر اس وقت بہت بڑی شخصیتی

اہمیت رکھتی ہے جب کہ مقابل شش کے مناظر فقط پر تنفسی آوازیں طبعی پائی جائیں۔  
 شعبی تنفس (bronchial breathing) ایک دہری آواز ہے جو دوران تنفس میں مزار میں پیدا ہوتی ہے اور دہن بلعوم اور شعبی انوبات کی گنگ سے ترمیم یافتہ ہو جاتی ہے۔ ایسا تنفس قبضہ الریہ (trachea) پر استماع کرنے سے متاثر ہوتا ہے۔ شہیقی اور زفری آوازیں طول میں مساوی ہوتی ہیں۔ وہ ایک دوسرے سے صاف طور پر جدا ہوتی ہیں اور اینفیت میں درشت (harsh) ہوتی ہیں۔  
 ان کی نقل اتارنے کا یہ طریقہ ہے کہ دہن اور زبان کو جرمن "ch" کا تلفظ ادا کرنے کی وضع میں رکھا جائے اور باہر کو پھونک مار کر اندر کو ہوا چوسی جائے۔ شش پر جو شعبی تنفس سُنائی دیتا ہے وہ اعلیٰ ارتفاع کا (high-pitched) (tubular: نیپسی) یا اوسط ارتفاع کا (medium-pitched) یا ادنیٰ ارتفاع کا (low-pitched) (کھفکی cavernous) ہو سکتا ہے۔ آوازوں کی بلندی (loudness) غنیہ (hepatized) ہے۔ انیمیبی تنفس (tubular breathing) جو بالخصوص متکبد (hepatized) شش پر سُنائی دیتا ہے، ایک خاص پھونک (blowing) یا "کش" (whiffing) کی صفت رکھتا ہے۔ کھفکی تنفس (cavernous breathing) کھوکھلی (hollow) نوعیت کا ہوتا ہے۔ یہ اکثر پھیپھڑے کے کھفوں پر سُننا جاتا ہے، لیکن یہ ہمیشہ اس امر پر دال نہیں ہوتا کہ وہاں ایک کھف ہے شعبی تنفس (bronchial breathing) جب سینہ پر سُننا جائے تو اس کے یہ معنی ہیں کہ شش کی بافت میں ترمیم ہو گئی ہے۔ یہ ترمیم بیشتر یہ ہے کہ اس شعبی ساخت، محسوس ساخت میں تبدیل ہو جاتی ہے اور یہ تبدیلی یا تو ہوائی خلیات کے پر ہونے یا تلف ہو جانے سے ہوتی ہے (جیسے کہ ذات الریہ یا لیل ریوی میں) یا بعض اوقات، اگر ہوائی راستے تمام تر مٹوس نہ ہو گئے ہوں تو بیرونی پچکاؤ (پلیورائی انصباب: pleuritic effusion) کی وجہ سے ہوتی ہے۔ ضروری شرط یہ ہے کہ گرد و پیش کے شش کے تجمد (consolidation) کے ساتھ شعبی انوبات کا انفتاح (patency) موجود ہو، تاکہ مزاری آواز کا ایصال سطح تک ہو سکے اور وہ منتشر نہ ہونے پائے، نیز یہ کہ معمولی تنفسی خریک کا جو فیزی جزو غیر موجود ہو۔

قندری تنفس (amphoric breathing)۔ یہ ایک گہری آواز ہے جو شہق اور زفر کے دوران میں سُنائی دیتی ہے اور جو شعبی تنفس کی نسبت زیادہ موسیقی صفت رکھتی ہے۔ ممکن ہے کہ اس میں ایک مخصوص فلزی صفت یا جھنکار ہو۔ اس کی نقل ایک تنگ گردن والی شیشہ کی استوانی یا گلدان (vase) کے منہ کے اندر پھونکنے سے اُٹاری جاسکتی ہے۔ یہ آواز بڑے کہنوں پر سُنائی دیتی ہے یا ایسے استرواح الصدر (pneumothorax) پر سُنائی دیتی ہے جو ایک شعبہ کے ساتھ کھلا ہوا ارتباط رکھتا ہو اور یہ اُس کہنہ کی گنگ کی وجہ سے پیدا ہوتی ہے۔ قدر تنفس کا ارتفاع (pitch) اور بلندی (loudness) تغیر پذیر ہوتی ہے۔

صرصر (stridor) ایک بلند آواز ہے جو ایسی تنفس (tubular breathing) سے کسی قدر مشابہ ہوتی ہے لیکن اس کی صفت نیٹی (whistling) جیسی یا سکارنے (hissing) جیسی ہوتی ہے۔ یہ آواز مزار کی تنگی، قصبہ کی تنگی یا بڑے شعبات میں سے کسی ایک شعبہ کی تنگی کی وجہ سے پیدا ہو جاتی ہے۔ یہ سینے کے بیشتر حصے پر سُنائی دیتی ہے اور بعض اوقات مریض کے نزدیک کے آدمی اسے بغیر سماع الصدر کی مدد کے سُن سکتے ہیں۔

غیر معمولی آوازیں (adventitious sounds)، معمولی تنفس کی آوازوں یا متذکرہ بالا طور پر ترمیم شدہ تنفسی آوازوں کے علاوہ اور اُن کے ساتھ ساتھ سُنائی دیتی ہیں۔ اگر یہ پرسکون تنفس کے ساتھ نہ سُنائی دیں تو مریض کو گہری سانس اندر لینی چاہئے جس سے ممکن ہے کہ یہ سُنائی دینے لگیں۔ غیر معمولی آوازیں خرخرات (rhonchi)، لغطات (râles) اور فسرک (friction) کی آوازیں ہیں۔

خرخرات (rhonchi) کم و بیش موسیقی آوازیں ہیں جو مخاط کے اجتماع سے شعبی انبوبات کے سد یا مخاطی جھلی کے درم، یا انبوبات کے عضلی ریشوں کے شعبی انقباض کے باعث پیدا ہو جاتی ہیں۔ یہ آوازیں شعبی انبوبہ کی جامد سطح اور تنگی کی مقدار کے لحاظ سے بہت مختلف ہوتی ہیں اور انہیں مختلف معمولی آوازوں مثلاً کو کو کرنے (cooing) کراہنے (groaning) خراٹے لینے، غرغر اُٹنے،

(grunting) یا سیٹی بجانے سے تشبیہ دی جاتی ہے۔ اونے ارتفاع کی (lower-pitched) خراٹے دار آوازوں کو سران خراٹ (sonorous rhonchi) کہتے ہیں، اور یہ نسبتہ بڑے انبوبات میں پیدا ہوتے ہیں۔ نسبتہ اعلیٰ ارتفاع کی (higher-pitched) سیٹی جیسی آوازوں کو صفیری خراٹ (Sibilant rhonchi) کہتے ہیں، اور یہ نسبتہ چھوٹے انبوبات میں پیدا ہوتے ہیں۔ یہ زیر یا شہیق میں سنائی دے سکتے ہیں، اور ان کی جگہ اور بلندی ہمیشہ بدلتی رہتی ہے۔ بلند زبان خراٹ اکثر میض کے نزدیک کھڑے رہنے والے اشخاص کو سنائی دیتے ہیں، اور انھیں سے ”سوسوں کی آواز (wheezing) پیدا ہوتی ہے۔“

لغظات (râles) مختلف قسم کی، سمجھنے کی (crackling) یا حلق میں گھونگھرو بولنے کی (rattling) آوازیں ہیں۔ یہ بڑے، اوسط جامت کے اور نسبتہ چھوٹے شہیقی انبوبات میں، یا ریوی کھفوں میں، وہاں کے جمع شدہ سیال افزادات کے اندر ہوا کے زور سے داخل ہونے کی وجہ سے اور بلبلوں کے بننے اور ان کے کسی قدر شور کے ساتھ پھوٹنے سے پیدا ہو جاتی ہیں۔ بعض اوقات انھیں خراٹ یا خشک آوازوں (rhonchi or dry sounds) سے تمیز کرنے کے لئے تر آوازوں (moist sounds) کے نام سے یاد کرتے ہیں۔ لیکن یہ تفریق نامناسب ہے، کیونکہ ممکن ہے کہ خود خراٹ (rhonchi) مخاط کی موجودگی کے باعث پیدا ہو گئے ہوں۔ لغظات (râles) بلبلوں کی جامت کے لحاظ سے مختلف ہوتے ہیں، چنانچہ وہ باریک (fine)، متوسط (medium) یا موٹے (coarse) کہلاتے ہیں۔ لغظات کی تقسیم تحت شہیقی (bubbling) اور متفقع (crackling) لغظات میں بھی کی جاتی ہے۔ آخر الذکر ایک تیز صاف، جھنکار دار انفجاری (explosive) نوعیت کے ہوتے ہیں، جس کی وجہ غالباً یہ ہے کہ یہ مجتہد شش کے وسط میں واقع ہوتے ہیں جہاں گٹک کے لئے مخصوص مالات موجود ہوتے ہیں۔ اول الذکر یعنی تحت شہیقی لغظات کی آواز دھیمی (dull) ہوتی ہے، ان میں جھنکار یا دھاک کے ساتھ پھوٹنے کی صفت نہیں ہوتی، اور یہ بیشتر ان انبوبات میں پیدا ہوتے ہیں جو طبی اسفنجی بافت سے گھرے ہوئے ہوتے ہیں۔ متفقع لغظات

(crackling râles) کو بعض اوقات اُن کے مفروضہ سمی اخذ (acoustic origin) کی وجہ سے متغمر (consonating) اور تختی لفظات (bubbling râles) کو اس کے بالعکس غیر متغمر (non-consonating) کہتے ہیں۔ تخریری لفظہ (gurgling râle) ایک موٹا لفظ ہے جو سب سے بڑے آبوبات میں پیدا ہوتا ہے۔ تک تکہ (crepitation) کی اصطلاح بلا امتیاز تمام لفظات کے لئے استعمال کی گئی ہے، لیکن اب مودہ ایک نہایت باریک لفظ کے لئے محدود ہے جو اتنا باریک ہو کہ خشک اشیاء مثلاً کان کے پاس بالوں کی رگڑ یا ریشم کی سربراہٹ سے ماخوذ ہونے پر دلالت کرے۔ تک تکہ ذات الریہ کے ابتدائی درجے میں اذیمائے شش میں اور ایسے شش میں سنائی دیتا ہے جو طویل ہبوط (collapse) کے بعد زور سے پھیل جائے۔ وہ غالباً ایسے تنفسی ضعیفات اوقاتوں اور ہوائی تاجوں کے کھلنے کے باعث ہوتا ہے جو پیچھے ستال سے یا سادہ عدم استعمال کی وجہ سے چپک گئے ہوں۔ تک تکہ (crepitations) اور نسبتاً باریک لفظات صرف دورانِ شہیق میں سنائی دیتے ہیں۔ متوسط جہامت کے اور موٹے لفظات دورانِ زفر میں بھی سنائی دے سکتے ہیں۔ رلوی (phthisis) میں لفظات اس گہرے شہیق کے دوران میں ظاہر ہو سکتے ہیں جو کھانسی کے بعد ہو۔

فلزی جھنکار (metallic tinkling) کا اطلاق اُن جھنکار دار یا کھناکھن کی آوازوں پر کیا جاتا ہے جو بعض اوقات اس صورت میں سنائی دیتی ہیں جب کہ ایک مریض جس کے شش میں ایک بڑا کہفہ ہو بولتا یا کھاتا ہو یہ عموماً ایک موسیقی لفظہ (musical râle) ہوتی ہے۔

بعد سعالی امتصاص (post-tussive suction) ایک چوسنے کی آواز ہے جو ایک کہفہ (تدرنی یا تمدلشی) (bronchiectatic) پر کھانسنے کے بعد سنائی دیتی ہے۔ اس کا سبب یہ ہوتا ہے کہ مابعد گہرے شہیق کے شروع میں ہوا ایک سسکار دار آواز (hissing sound) کے ساتھ یکایک کہفہ کے اندر واپس چوس لی جاتی ہے۔

آبی استرواح الصدر (hydro-pneumothorax) یا ریمی استرواح الصدر

(pyo-pneumothorax) کی اصابتوں میں اس وقت جب رطیبہ کا کان میں  
کے سینہ پر لگا ہوا ہو اگر مریض کو ہلایا جائے تو ایک جھلک کی آواز (splashing  
sound) سنائی دے گی جو کہنفہ پنیورائی میں کی ہوا اور مائع سے نکلتی ہے (ھڑکاؤ)  
بقراط: (Hippocratic succussion)-

فیر کی آواز (friction sound) یا پلیٹورائی رگڑ (pleuritic rub)

پلیٹورائی دو ایسی سطحوں کے باہم رگڑنے سے پیدا ہو جاتی ہے جو التهاب کی وجہ سے  
کھردری ہو گئی ہوں۔ یہ اپنی نہایت تمیز شکل میں لمبک درشت گڑ گڑانے (grating)  
یا چرچرانے (creaking) کی آواز ہوتی ہے جیسی کہ چمڑے کے دو ٹکڑوں کو ایک  
دوسرے پر زور سے رگڑنے سے یا انگلی کی راحی سطح (palmar surface) کو ایک  
چوبی سطح پر مٹکنے سے نکلتی ہے۔ یہ دورانِ تہیق میں بہترین سنائی دیتی ہے لیکن  
مکن ہے کہ زفیر کے ساتھ بھی سنی جائے۔ بعض فیر کی آوازیں لفظات سے نہایت  
قریبی شاہت رکھتی ہیں۔ لیکن وہ سینہ کے تھوڑے حصے پر محدود ہوتی ہیں، اور  
کھانسنے سے متاثر نہیں ہوتیں۔ جب دیوارِ سینہ پر سماعِ الصدر کا دباؤ بدل دیا جاتا  
ہے تو ان کی بلندی مختلف ہو جاتی ہے۔ جب وہ قلب کے اوپر کے پلیٹورامیں پیدا  
ہوتی ہیں تو ضرباتِ قلب کے ساتھ متناظر ہوتی ہیں، لیکن ان کی بلندی (loudness)  
تغصن کی ہیئتوں (phases) کے ساتھ ساتھ بدلتی رہتی ہے (پلیٹورائی تائموری  
فرک (pleuro-pericardial friction)-

بولنے کی آوازیں (voice sounds) بولنے کی آوازیں جو طبی سینہ پر سماعِ الصدر سے  
سنائی جاتی ہیں ایک مبہم (blurred) اور غیر واضح نوعیت رکھتی ہیں جس کی وجہ یہ ہے کہ جو فیزی یافت  
میں ان کا ایصال غیر منظم طور پر ہوتا ہے۔ اس عدم وضاحت کی صفت ہی پر صوتی  
لمگ (vocal resonance) کی اصطلاح کا اطلاق کیا جاتا ہے۔ صوتی لمگ کا  
کمر یا مفقود ہونا (diminished or absent vocal resonance) پچھل  
اور عورتوں میں جن کی آوازیں اعلیٰ ارتفاع کی (high pitched) ہوتی ہیں، مکن ہے  
کہ صوتی لمگ خفیف یا مفقود ہو۔ مرض میں اس کی غیر موجودگی شب کے تردد  
(obstruction) یا سیال سے شش کے پچکاؤ (compression) کا نتیجہ ہوتی ہے۔



شعبہ صوتی (bronchophony):۔ یہ اصطلاح اُس وقت استعمال کی جاتی ہے جب بولنے کی آوازیں اپنی نوعیت میں واضح، اور ساتھ ہی معمول کے نسبت زیادہ بلند ہوتی ہیں۔ جب آوازیں واضح مگر کمزور ہوں تو بعید شعبہ صوتی (distant bronchophony) کی اصطلاح استعمال کی جاسکتی ہے۔ شعبہ صوتی تجددشش میں پائی جاتی ہے، مثلاً اس تجدد میں جو ذات الریہ اور سیل ریوی میں واقع ہوتا ہے اور بعض اوقات اس وقت پائی جاتی ہے جب کشتش کا پچکاؤ (compression) ہو۔ جب شعبہ صوتی موجود ہوتی ہے تو سرگوشی کی آوازوں (whisper sounds) کا بھی کشتش میں سے ایصال ہوتا ہے (pectoraliloquy)۔ بز صوتی (ægophony) آواز کی وہ مخصوص انفی یا غنغناہٹ (twanging) ترمیم یافتہ صورت ہے جو مسمع الصدر سے سنائی دیتی ہے۔ یہ نام اس مشابہت پر مبنی ہے جو کہ اس میں اور بکری کے مہیانے (bleating) میں پائی جاتی ہے۔ اس کا عام ترین سبب بلاشبہ پلیوراکے اندر سیال کی موجودگی ہے۔ یہ بعض اوقات ذات الریہی تجدد میں بھی پیدا ہو سکتی ہے۔ بز صوتی کی وجہ جو نہایت عام طور پر تسلیم کی جاتی ہے یہ ہے کہ بولی ہوئی آواز ایک خالص سُرتی (pure tone) نہیں بلکہ ایک بُنیادی سُر (fundamental note) اور اُس کے اعلیٰ تر ارتقاع کے بلند نغمات (harmonics of higher pitch) کا آمیزہ ہے۔ یہ بخوبی معلوم ہے کہ اونے اسُر (low notes) ہوا میں سے مانع میں اتنی اچھی طرح منتقل نہیں ہوتے جتنی اچھی طرح کہ نسبتاً اعلیٰ سُر منتقل ہوتے ہیں۔ اس بنا پر خیال کیا جاتا ہے کہ ممکن ہے کہ بُنیادی سُر سیال میں سے گزرتے نہیں پاتا اور سطح سینہ پر بالخصوص بلند نغمات (harmonics) ہی سنے جاتے ہیں۔ اس کو اس طرح بہترین طور پر واضح کیا جاسکتا ہے کہ مریض کو ایسے الفاظ کا تلفظ کرنے کو کہا جائے جن میں حروف علت "ای" (e) اور "آئی" (i) موجود ہوں [مثلاً "تھری" (three) اور "نائنٹی نائن" (ninety-nine)] جن کا انحصار اعلیٰ تر بلند نغمات (higher harmonics) پر ہوتا ہے۔

استماعی قرع (auscultatory percussion)۔ اس عمل میں مسمع الصدر سینہ پر رکھ کر اُس کے گرد کی سطح پر قرع کیا جاتا ہے۔ اس کی خاص منفعت یہ ہے کہ

اس کے ذریعہ سے استرواح الصدر (pneumothorax) کی اماتوں میں جرسی آواز (bell sound) یا حردیخاسی (bruit d'airain) حاصل کی جاتی ہے۔ طیب سینہ کے اس حصہ پر جو استروح الصدر سے ماؤف سمجھا گیا ہے، مسامع الصدر سے استماع کرتا ہے اور ساتھ ہی ایک مددگار مریض کے سینہ پر ایک سڈرکھ کر اسے دوسرے سڈر سے مار کر بجاتا ہے۔ یہ آواز کو کھٹے کہنے میں گمک حاصل کرتی ہوئی، مسامع الصدر میں ایک بلند جھنکار دار موسیقی سر (musical note) کے طور پر منتقل ہوتی ہے (نیز ملاحظہ ہو صفحہ 191)۔

## التهاب قصبتہ الریہ (TRACHEITIS) اور نوعی اسریش

التهاب قصبہ ویسے ہی حالات و ماحول سے پیدا ہو جاتا ہے جو التهاب حنجرہ پیدا کر دیتے ہیں۔ حاد نازلتی التهاب قصبہ (acute catarrhal tracheitis) اکثر التهاب حنجرہ اور شعبی التهاب (bronchitis) کے ساتھ ہوتا ہے، لیکن ان کے پیدا کردہ علامات اُسے پوشیدہ رکھتے ہیں۔ کبھی کبھی یہ تنہا بھی ہوتا ہے۔ ایسی حالت میں وہ کھانسی پیدا کر دیتا ہے جو اکثر خشک (hacking) شاید بہت زور کی یا دوسرے کے طور پر اور کسی قدر نفث (expectoration) کے ساتھ ہوتی ہے۔ انفلونزہ کے آغاز میں التهاب قصبہ کے ساتھ نامعلوم مبداء کا تحت القصبی درد موجود ہو سکتا ہے۔ حنجرہ میں (laryngoscope) سے مخاطی جھلی متلی (congested) نظر آتی ہے اور بعض اوقات قرحے (ulcers) بھی نظر آتے ہیں۔ مسامع الصدر سے قصبتہ الریہ کے اندر مخاطی لفظات (mucous râles) سناؤ دیتے ہیں، لیکن مخاطی جھلی کا ورم اور مخاطی اجستماع زیادہ بہر (dyspnoea) پیدا کرنے کے لئے عموماً کافی نہیں ہوتے۔ مریض کے لئے ویسے ہی علاج کی ضرورت ہے جیسا کہ شعبی التهاب (bronchitis) میں کیا جاتا ہے، یعنی تپش گرم ہو، اور تکشف (exposure) سے پرہیز کیا جائے۔ تکلیف دہ کھانسی میں ارفیا (morphia) (۱/۴ تا ۱/۲ گریں) کے نفوحات (insufflations) سے آفاقہ ہو سکتا ہے۔ اور شفحات یعنی مخرج بلغم ادویہ (expectorants) مثلاً اسقیل (squill) اور عرق الذهب

(ipecacuanha) بھاپ یا لوبان (benzoin) کے استنشقات (inhalations) اور عظم القفس (sternum) کے بالائی حصے پر رائی کا لگانا کارآمد ہیں۔

قصبہ الریہ پر ڈفٹھیریا (diphtheria) کا حملہ ہوتا ہے جو حنجرہ سے پھیل آتا ہے۔ چنانچہ کروب (croup) جو حنجری ڈفٹھیریا کے سوائے اور کچھ نہیں، ایک زمانہ میں زیادہ تر التهاب قصبہ (tracheitis) ہی بھی جاتی تھی۔

کبھی کبھی حنجرہ کے تدرن کے ساتھ تدرن قصبہ الریہ (tubercle of the trachea) بھی واقع ہو جاتا ہے۔ غشائے مخاطی یا تحت المخاطی بافت میں درنہ کے جاؤ کے بعد تقریح (ulceration) پیدا ہو جاتا ہے۔ یہ قرح پچھلی دیوار پر زیادہ عام ہوتے ہیں اور عموماً ۲ تا ۳ ملی میٹر ناپ کے ہوتے ہیں، لیکن ممکن ہے کہ یہ قطرہ میں ۱۰ ملی میٹر تک پہنچ جائیں۔ قصبی تدرن (tracheal tubercle) کے باعث جو علامات ہوتے ہیں وہ عموماً ان علامتوں سے پوشیدہ ہو جاتے ہیں جو کہ حنجرہ یا شش کے ہمزمان مرض کا نتیجہ ہوتے ہیں۔

آتشک (syphilis) بھی اپنے درجہ ثانوی یا ثالث میں قصبہ الریہ کو ماؤف کر کے مختلف اصابتوں میں مبتلا (congestion) (شاذ حالتوں میں) غلط ساجے (condylomas) اور اوپری قرح پیدا کر دیتی ہے۔ لیکن سب سے زیادہ اہم تغیر قصبہ کا تضیق (stricture) ہے۔ قصبہ الریہ بیشتر اوقات اپنے زیریں سرے پر اور نسبتاً کم عام طور پر اپنے بالائی سرے پر ماؤف ہوتا ہے۔ اور یہ تضیق ممکن ہے کہ محض ایک ہی مقام پر مکی تنگی ہو یا ممکن ہے کہ قصبہ کے ایک بڑے طول کا قطرہ یہ (calibre) کم ہو جائے۔ غشائے مخاطی بندوں اور حیدوں (ridges) کی صورت میں ابھرتی ہے جن کے متعلق یہ سمجھا گیا ہے کہ یہ ایسے سابق قروح کے ندبات (cicatrices) ہیں کہ جن سے پہلے ممکن ہے صغیہ (gummas) ہو چکے ہوں۔ لیکن جرمن ماہرین امرضیات ان دباؤوں کو آتشک کا راست نتیجہ اور تقریح کو ثانوی خیال کرتے ہیں۔ آخری درجوں میں غضروفی حلقے متکشف اور تنخر زدہ ہو کر یا تو نفث میں خارج ہو جاتے یا جذب ہو جاتے ہیں۔ بعض اوقات تضیق (stricture) کو حنجرہ میں کی وساطت سے مزار (glottis) کے نیچے دیکھا جاسکتا ہے۔ اس تضیق کے علامات، تشخیں اور معالجہ

لئے ذیل میں قصبی تسد (tracheal obstruction) کے عنوان کے تحت ملاحظہ فرمائیں۔

## قصبۃ الریہ کی نوبالیدیں

(NEW GROWTHS IN THE TRACHEA)

قصبۃ الریہ، اولی نوبالیدوں سے، خواہ وہ سلیم (benign) ہوں یا خبیث (malignant) خیر سناک طور پر کم ماؤف ہوتا ہے۔ جب یہ بالیدیں بوجہ ہوتی ہیں تو بہر (dyspnoea) پیدا کر دیتی ہیں اور حنجرہ بین (laryngoscope) یا شعبہ بین (bronchoscope) کی مدد سے شناخت کی جاسکتی ہیں۔ زیادہ کثرت کے ساتھ مری کا سرطان یا واسطہ (mediastinum) کا سرطان، متصلہ قصبۃ الریہ کے اندر بڑھ کر اس کے مجری کو تنگ کر دیتا اور تضیق (stricture) کے علامات پیدا کر دیتا ہے۔ جب وہ مری سے پھیلتا ہے تو پہلے غمڑ البلع (dysphagia) ہوتا ہے، لیکن سرطان واسطہ (carcinoma of the mediastinum) کی پہلی حالت ممکن ہے کہ قصبی علامات ہی ہوں۔ سلحات سے قصبہ کے ماؤف ہونے کا ایک دوسرا طریقہ یہ ہے کہ وہ اسے محض باہر سے دبا دیتے ہیں۔

چوں کہ ان تمام امیابتوں میں خاص علامات کا انحصار قصبہ کے قطریہ کی تخفیف پر ہوتا ہے، اور چونکہ یہ تخفیف ایسے سلحات کے علاوہ دوسرے اسباب سے بھی واقع ہو سکتی ہے، لہذا مناسب ہوگا کہ قصبی تسد کی امراضیات (pathology) اور سریراتی خصائص پر علحدہ غور کیا جائے۔

## قصبی تسد

(TRACHEAL OBSTRUCTION)

اس کے اسباب کی گروہ بندی تین عنوانوں کے تحت کی جاسکتی ہے:-

(۱) باہر سے دباؤ (۲) تغیرات جو خود قصبہ کی دیواروں میں ہو جائیں (تفتیق stricture)۔ (۳) اور اس کے اندر اجسام غریبہ (foreign bodies) کی موجودگی قصبہ کا انضغاط (compression of the trachea)۔ اس کے

عام ترین اسباب واسطی نوبالیں (mediastinal new growths) اور ملی یاٹے عروقی کا انورسما، جسم درقی کی کلائی اور گردن کے سلعات خبیثہ ہیں۔ مری کا سرطان بھی قصبہ کو دبا سکتا ہے لیکن یہ جلد ہی قصبہ پر حملہ آور بھی ہو جاتا ہے جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ ان دونوں انیوبات کے درمیان انتشاب (perforation) واقع ہو جاتا ہے۔ کبھی کبھی سچوں میں شعبی غد کا عجمن (caseation) اور تقيع (suppuration) واقع ہو کر ان کی کلائی پیدا ہو جاتی ہے جس سے قصبہ الریہ دب جاتا ہے اور اگر پھوڑا قصبہ کے اندر پھوٹ پڑے تو پیپ یا متجمن غد کے حصے نفث کے ذریعہ خارج ہوتے ہیں۔ کسی دوسرے طریقے [شوکر کی بوسیدگی (caries of the spine) 'معمانی یلہ

(localised empyema)] سے پیدا شدہ واسطی خراج (mediastinal abscess) مطرانی ضیق (mitral stenosis) کی اصابتوں میں شش بایاں اُذین اور بچوں میں بڑھا ہوا غدہ تیموسیہ (thymus) یہ کبھی کبھی قصبی دباؤ کا موجب ہو جاتے ہیں۔

تضیق (stricture)۔ اس کا خاص سبب آتشک ہے جس پر پہلے ہی نو کیا جا چکا ہے۔

اجسام غریبہ قصبہ الریہ کے اندر شاؤنا در ہی محسوس رہتے ہیں لیکن زیادہ عام طور پر وہ ایک یا دوسرے شعبہ کے اندر گر جاتے ہیں گو یہ ممکن ہے کہ وہ نفسی روؤں سے قصبہ میں اوپر نیچے حرکت کرتے ہوں۔

علامات۔ اہم ترین علامات بھر (dyspnoea) اور صرصری تنفس (stridulous breathing) ہیں۔ ان کے ساتھ اکثر کھانسی ہوتی ہے اور تیلے جھاگ دار مخاطا کا نفث نکلتا ہے۔ آواز غیر متاثر رہتی ہے یا کمزور ہوتی ہے کیونکہ تسد زفری ہوا (expired air) کی رُو کو کمزور کر دیتا ہے۔ سینہ گنگ وار (resonant) ہوتا ہے لیکن حویصلی خریر (vesicular murmur) کمزور ہوتا ہے یا صرصرہ (stridor) کے شور کی وجہ سے سنائی نہیں دیتا۔ قصبی ضیق کے ساتھ دوسری

علامات انس صدر کی وجہ سے ہوتی ہیں جو ضیق پیدا کرتا ہے۔ یہ علامتیں بعض اوقات اُورلی انورسایا عینق المقام واسطی سلمہ (mediastinal tumour) کی حالت میں ابتداء بالکل غائب ہوتی ہیں۔

جب قصبی تضیق یا قصبی انضطاد ایک خاص حد تک پہنچ جاتا ہے تو مریض پر شدید بہر اور ساتھ ہی زراق (cyanosis) کے ناکہانی حملے ہو جاتے ہیں کما امکان ہوتا ہے ان میں سے چند دوروں سے تو ممکن ہے کہ وہ شغاباب ہو جائے لیکن تیسرے یا چوتھے یا بعد کے کسی دور سے میں وہ غالباً ہلاک ہو جائے گا۔

**تشخیص**۔ یہ حسب ذیل امور کے درمیان کرنی پڑتی ہے :- (۱) تسد قصبۃ الریہ اور تسد حنجرہ کے درمیان۔ (۲) قصبی تسد کے مختلف اسباب کے درمیان۔ حنجرہ میں، حنجری مرض کی غیر موجودگی کو فی الفور ظاہر کر دے گی۔ قصبی تضیق کی موجودگی یا قصبہ کو دبائے والے سلمہ یا انورسایا کی موجودگی حنجرہ میں سے یا اگر اس سے ناکامی ہو تو شعبہ بین (bronchoscope) سے بھی بتلائی جاسکتی ہے۔ اگر ممکن ہو تو اس امر کا تعین متذکرہ بالا دوروں کے وقوع سے پہلے ہی کر لینا چاہئے کیونکہ ممکن ہے کہ دوروں کی حالت میں ان آلات کا استعمال شکل ہو اور مزید برآں ممکن ہے کہ دور سے حنجری شنج (laryngeal spasm) کا غلط ایما کر دیں جس کا نتیجہ یہ ہو کہ عاجلانہ اور غیر ضروری قصبہ شنگافی کر دی جائے۔ حنجری اور قصبی تسد کے اثرات کے درمیان بعض اختلافات ہوتے ہیں۔ ان میں سے ایک وہ ہے جسے گرہارٹ (Gerhardt) نے دیکھا ہے کہ حنجری تسد میں حنجرہ تنفسی حرکات کے دوران میں گردن میں اوپر اور نیچے کی طرف بڑی دھڑک حرکت کرتا ہے اور آٹھائیکہ قصبی تسد میں وہ محض خفیف سی حرکت کرتا ہے۔ حنجری تسد میں سر پیچھے کو گر جاتا ہے لیکن قصبی تسد میں سر اکثر سامنے کو جھکا ہوا ہوتا ہے۔ اگر حنجری تسد کی وجہ عضلات سجدہ کلال (abductor paralysis) ہو تو صرصرہ (stridor) زیادہ تر شہیتی (inspiratory) ہوتا ہے مگر قصبی تسد میں کچھ صرصرہ عموماً زفیر (expiration) کے ساتھ ہوتا ہے۔ تاہم حنجری تسد کی بعض اصابتوں میں صرصرہ ہر دو تنفسی انفال کے ساتھ واقع ہوتا ہے۔ قصبہ کا استماع (auscultation) یقیناً مفالطہ وہ ہوتا ہے کیونکہ خواہ ضیق (stenosis) قصبۃ الریہ کے اندر ہو بلند ترین

(loudest) صرصرہ حنجرہ پر ہی سنائی دیتا ہے۔ زیر بحث نکتہ عملی اہمیت رکھتا ہے، کیونکہ قصبہ شنگانی (tracheotomy) سے ممکن ہے کہ حنجرہ تسد کا ازالہ ہو جائے مگر اس سے قصبی تسد کا ازالہ ہونا شاذ ہے۔ اور جب اس نوعیت کا عملیہ مریض کو کوئی امرکا فائدہ نہیں پہنچا سکتا تو مستحسن یہ ہے کہ اسے اس سے معاف ہی رکھا جائے۔ لیکن ممکن ہے کہ گردن میں کی یا سینہ کے بالائی حصہ میں کی کسی نوبالید یا انورسما سے یہ دونوں تسدات پیدا ہو جائیں یعنی ایک تو بلا واسطہ قصبہ الریہ پر دباؤ پڑنے سے اور دوسرا بلا واسطہ بازگرد حنجرہ اعصاب (recurrent laryngeal nerves) پر دباؤ پڑنے سے جس سے عضلات متحدہ کا مشکل پیدا ہو جاتا ہے۔

قطع نظر اس امداد کے جو حنجرہ بین یا شعبہ بین سے حاصل ہوتی ہے قصبی تسد کے سبب کی شناخت کا انحصار دیگر علامات پر بھی ہوتا ہے جو کہ ساتھ پائی جاتی ہیں (collateral symptoms)۔ انضغاط کا کوئی منبع غالباً دوسرے اعضا و احشاء کو بھی ماؤف کر دے گا اور اس طرح عسر الیلج، سرگردن یا بازو کی وریدوں کا تسد و تناظر اعصاب پر دباؤ اور عظم القص کے عقب میں یا سینہ کے بالائی حصے پر ایک طرف اصمیت (dulness) پیدا کر دے گا۔ اس کے برعکس جیسا کہ پہلے بیان کیا گیا ہے، اس تضیق کو جو آتشک کے باعث ہوا ایسے علامات سے مترا ہونا چاہئے۔ لیکن جب اور طبعی انورسما قصبہ کو دبا رہا ہے تو ابتداء ایسی کوئی دوسری علامت ظاہر نہیں ہوتی کہ جس سے وہ شناخت کیا جاسکے۔ انورسما اور دروں مدری بالیدوں کے درمیان تفریق کرنے کے لئے قارئین درون مدری نو مایہ جات (intra-thoracic neoplasms) کا بیان ملاحظہ فرمائیں (ملاحظہ ہو صفحہ 181)۔ ہر دو صورتوں میں رائجنی شعاعوں (Röntgen rays) سے کچھ امداد مل سکتی ہے۔

انذار۔ یہ نہایت ناموافق ہوتا ہے، کیونکہ ان اسباب پر جو کہ نسبتہ عام میں مبالغہ کا چنداں اثر نہیں ہوتا۔ لیکن ممکن ہے کہ قصبہ کو دبائے والے چھوڑوں کی شاذ امواتیں چھوڑے کے چھوٹ جانے پر شفا یاب ہو جائیں۔

علاج۔ داعیات (indications) یہ ہیں :- (۱) اگر ممکن ہو تو سبب مرض کا دور کرنا۔ (۲) جہاں تسد بالائی حصے میں ہو قصبہ کو مقام تسد سے نیچے

کھول دینا اور (۳) علامات اور ثانوی نتائج کا ازالہ کرنا ایک مرضی غدہ در قیہ (thyroid) یا بیش پروردہ تیموسہ (hypertrophied thymus) کو نکال کر خارج کر دینا چاہئے۔ اور گردن کے بڑھے ہوئے غدو یا بالیدوں کو بھی ایسی طرح پھوڑنے جہاں قابل رسائی ہوں حتی الامکان کھول دینے چاہئیں۔ لیکن ایسے موٹے نادر الوقوع ہیں۔ اگر انورسما کی تشخیص ہو گئی ہو تو اس حالت کا مناسب علاج عمل میں لانا چاہئے اور بین تضیق (stricture) کے لئے پارہ اور پوٹاسیم آیوڈائیڈ یا سال ورسان (salvarsan) کے ذریعہ سے فعال دافع آتشک علاج عمل میں لانا چاہئے بالخصوص جب کہ تعامل و آزرمن (Wassermann) مثبت حاصل ہوا ہو۔ آیوڈائیڈ کا استعمال ہر اس اصابت میں کیا جاسکتا ہے جس میں تسد کے سبب کے متعلق قطعی تشخیص کرنے کے لئے کافی معطیات (data) حاصل نہ ہوں۔ جسم غریب (foreign body) کی صورت میں قصبہ شگافی (tracheotomy) کا عمل کرنا چاہئے اور پھر مریض کو اٹاکر یا بلاکر یا ایک شعبہ بین (bronchoscope) میں سے خاص قسم کا کلاب استعمال کر کے جسم غریب کو نکالنے کی کوشش کرنی چاہئیں۔

130

## شعبی التهاب

(BRONCHITIS)

بحث اسباب - شعبی التهاب ایک اولی مرض کے طور پر واقع ہو سکتا ہے اور ایسی صورت میں وہ غالباً اس ”معمولی زکام“ (common cold) کی ایک قسم ہے جو صفحہ 195 پر بیان کیا گیا ہے اور اس کی جراثیمیات اور طریقہ سرایت بھی اسی کے جراثیمیات اور طریقہ سرایت کے مماثل ہوتے ہیں۔ اس قسم کا شعبی التهاب اکثر حجرہ اور انفی غشائے مخاطی کے التهاب کے ساتھ یا اس کے پہلے ہوتا ہے یا ممکن ہے کہ التهاب آخر الذکر مقامات کے اندر شروع ہو اور پھر نیچے کو شعبات تک پھیل جائے۔ در حقیقت زکام کے باب (section) کا مطالعہ شعبی التهاب کے ہمراہ کرنا چاہئے۔ شعبی التهاب کا ایک دوسرا سبب یہ ہے کہ شعبی غشائے مخاطی کا تھنا



خراش اور بخارات کے ساتھ، یا ٹھوس ذرات (جیسے کہ گرد و غبار، کھڑ) کی حامل ہوا کے ساتھ، یا سرد و طوب اور تغیر پذیر آب و ہواؤں کے ساتھ، یا کانوں کی یا بعض کارخانوں کی ہوا کے ساتھ ہو۔ شعبی التهاب، شعبی انبوبات کے اندر اجسام غریبہ کی حقیقی موجودگی سے بھی پیدا ہو سکتا ہے۔ ایسا ہونا مقابلہ ناذر ہے، لیکن انبوبات کے اندر انصباب شدہ خون بھی اس طریقہ سے عمل کر سکتا ہے، اور شعبی التهاب جرم شش کے اندر دُرُ یا سرطان (carcinoma) کے جماؤ سے بھی ہمیشہ واقع ہو جاتا ہے۔ شعبی التهاب اُن نازلتی عضویات (catarrhal organisms) میں سے کسی ایک کے باعث ہو سکتا ہے جو بئاق (sputum) کے اندر موجود رہتے ہیں، جیسے کہ نبقہ ریوی (pneumococcus)، فرید لینڈر کا عصیہ ریوی (pneumobacillus)، نبتات سبجیہ (streptococci)، خرد نبقہ نازلتی (M. catarrhalis)، نبتات عنسیہ (staphylococci)، خرد نبقہ چھارنزا (M. tetragenus)، اور کبھی کبھی عمومی عصیہ قولونی (bacillus coli communis)۔ نیز یہ ہر قسم کی ماسکی سرایت (focal infection) اور خاص کر جونی مرض (sinus disease) سے ثانوی طور پر پیدا ہو سکتا ہے۔ بعض ساری امراض مثلاً تپ محرقہ (typhoid fever)، کھسراؤ، تھیریا، انفلوئنزا، اور کالی کھانسی (whooping cough) کے ساتھ شعبی التهاب ہمیشہ پایا جاتا ہے اور مرض برائٹ (Bright's disease) میں یہ اکثر موجود ہوتا ہے۔ شعبی التهاب اور دمہ (asthma) کا باہمی تعلق کیا ہے یہ بعد میں بیان کیا جائے گا۔

شعبی التهاب شیر خواروں، چھوٹے بچوں، اور ضعیف العمر اشخاص میں خاص طور پر پھیلا ہوا ہوتا ہے، اور جواں سال بالغ اور ادھیڑ عمر والے اس میں نسبتاً بہت کم مبتلا ہوتے ہیں۔ آرام طلب عادتوں سے، گرم کمروں میں بند رہنے سے، اور غیر ضروری طور پر اوڑھے لیٹے ہوئے رہنے سے اس کے موموع میں یہ رجحان پیدا ہو جاتا ہے کہ وہ مقابلہ تخفیف تکشف (exposure) ہی سے شعبی التهاب میں مبتلا ہو جاتا ہے۔ اسی طرح وہ لوگ جو کمزور صحت رکھتے ہوں، یا ناکافی غذا، تکان پیدا کرنے والے پیشوں، یا خراب صحتی حالات کی وجہ سے پست ہو گئے ہوں، ان میں بہ آسانی مبتلا ہو جاتے ہیں۔ قلب کا مرض، جو بھی پھیڑوں کے دوران خون میں مزاحم

ہوتا ہے، شعبی التهاب کا سبب متع (predisposing cause) ہے۔ موسم گرا کی نسبت سردی میں شعبی التهاب بہت زیادہ عام ہوتا ہے۔ مزمن شعبی التهاب یا حاد شعبی التهاب کے ایک ہی حملہ کے بعد یا مکرر حملوں کے بعد پیدا ہو سکتا ہے، اور یہ بھی ممکن ہے کہ مزمن شعبی التهاب کی موجودگی پر حاد شعبی التهاب کا اضافہ ہو جائے۔

امراضیات (pathology)۔ سب سے زیادہ ماؤف ہونے والا حصہ غشائے مخاطی ہے، لیکن مرض کی شدید یا طویل امابتوں میں تحت المخاطی طبقة (submucosa)، اور شاذ مثالوں میں شعبی انبوبات کی گریاں اور شش کے وہ حصے جو ہم پہلو ہیں، ماؤف ہو جاتے ہیں۔ پہلا اثر یہ ہوتا ہے کہ غشائے مخاطی کی عروقتیت (vascularity) اور ورم میں زیادتی ہو جاتی ہے، اور تھوڑے عرصے کے بعد اس کی سطح سے بہ کثرت افراز نکلتا ہے۔ یہ افراز ایک صاف سیال ہوتا ہے جس میں مخاط (mucus) موجود ہوتی ہے لیکن اس میں خون کے سپید خلیے (leucocytes) اور تھوڑے ہوئے سرخ خلیے بھی موجود ہوتے ہیں۔ آخری درجوں میں یہ افراز سپید خلیوں کی بڑھتی ہوئی تعداد کی موجودگی کی وجہ سے نسبتاً زیادہ غیر شفاف اور زرد ہو جاتا ہے۔ ممکن ہے کہ اس افراز میں ایسے خلیات پائے جائیں جو کہ اخلاطی حالت میں ہوں، یا ایسے خلیات جن میں شہتی ہوا سے اخذ کردہ کاحل یا میل موجود ہو۔

مہلک امابتوں میں انبوبات اکثر سبزی ماکل پیپ سے بھرے ہوئے پکے جاتے ہیں (سر بھی شعبی التهاب: purulent bronchitis)۔ بعض اوقات سب سے چھوٹے انبوبات ماؤف ہو جاتے ہیں۔ اگر شش کے اوپری حصے کی ایک قاش کاٹ لی جائے اور متکشف تراش کو دبا کر پھوڑا جائے، تو کئی ہونی سطح سے پیپ کے چھوٹے چھوٹے قطرے بکثرت باہر رستے ہوئے نظر آئیں گے۔ یہ حالت شعری شعبی التهاب (capillary bronchitis) یا التهاب شعبات (bronchiolitis) ہے۔ فریکل (Fraenkel) ایک لیفی اذطما سی شعبی التهاب (bronchiolitis fibrosa obliterans) بیان کرتا ہے جو خراش اور ہوا اگر وہ غبار میں کام کرنے والوں میں ہوتا ہے۔ اس میں شعبات (bronchioles) اتالی بات کی حاد یا تحت الحاد (subacute) بالیدگی سے مدد ہو جاتے ہیں۔

جب معمولی نازلیتی اصابتوں میں التهابی عمل کافی طویل عرصہ تک جاری رہتا ہے تو شعبوں کے یعنی طبقات دبیز اور سپید غلیظوں سے درنچہ (infiltrated) ہو جاتے ہیں۔ عضلی ریشے دباؤ کی وجہ سے مذبول ہو جاتے ہیں۔ اور کڑیاں اور مخاطی غدہ بھی کسی سبب سے غائب ہو جاتے ہیں۔ بالآخر بہت سی اصابتوں میں شعبی انوبات قح ہو کر پھوڑے تکلے نمایاں ستوانی مجاری بن جاتے ہیں جو اکثر شش کی سطح تک پہنچے ہوئے ہوتے ہیں (تمدد الشعب: bronchiectasis)۔

شعبی التهاب کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ خود شش کی ساخت میں اہم تغیرات واقع ہو جاتے ہیں۔ یعنی حاد شعری شعبی التهاب سے لختکی ہبوط (lobular collapse) اور شعبی ذات الریہ (broncho-pneumonia) پیدا ہو سکتا ہے۔ مزمن شعبی التهاب کے بعد حویصلی نفاس (vesicular emphysema) اور بعض اوقات مزمن رخنکی ذات الریہ (chronic interstitial pneumonia) ہو جاتا ہے۔ آخر الذکر تینوں کا تذکرہ جدا جدا کیا جائے گا۔

لختکی ہبوط (lobular collapse) انفرادی لختکوں میں اس وقت ہوتا ہے کہ جب ان تک پہنچانے والے شعبی انوبات مخاط سے مسدود ہو جاتے ہیں تو اس کی وجہ یہ ہے کہ جب کوئی انوبہ مسدود ہو جاتا ہے تو اس کے اندر کی محبوس ہوائیک غیر متحرک حالت میں ریوی شعریات کے ساتھ تماس رہنے سے جذب ہو جاتی ہے اُسی طرح جس طرح کہ وہ ہوا جو کہ تحت الجلدی غلیظی بافت کے اندر داخل ہو گئی ہو۔

شریانی خون کے استھان سے حاصل شدہ تجربی شہادت (۶) موجود ہے کہ شعبی التهاب کی شدید اصابتوں میں جوہر (dyspnoea) پایا جاتا ہے اس کی وجہ CO<sub>2</sub> کا احتباس (retention) اور آکسیجن کی قلت ہیں اور یہ احتباس اور قلت غالباً شعبی شنج کے باعث رونما ہوتے ہیں۔

طبعی امارات۔ معائنہ کرنے پر تنفس تیز نظر آتا ہے۔ سینہ متساوی (symmetrical) اور عام طور پر متوسط درجہ کے بیشش تمدد کی حالت میں ہوتا ہے۔ تنفس کے معین عضلات (accessory muscles) قوی عمل کرتے ہوئے نظر آتے ہیں اور زفیر (expiration) طویل ہوتا ہے۔ بعض اوقات دوران شہیق (inspiration)

میں بین الاضلاعی فضا میں اندر کو چوس لی جاتی ہیں۔ قَوَّع (percussion) کرنے پر عموماً ایک طبعی گمک دار آواز نکلتی ہے، لیکن ہوائی حویصلوں کے عارضی بیش تردد کے باعث کبھی کبھی خفیف سی بیش گمک (hyperresonance) پائی جاتی ہے۔ ممکن ہے کہ جمع شدہ افراز سے یا مہبوط (collapse) کے باعث گمک میں کمی ہو جائے یا سننا (auscultation) ظاہر کرتا ہے کہ شہیق اور زفیر دونوں کے ساتھ صغیری خرخرات (sibilant rhonchi) یا سرائان خرخرات (sonorous rhonchi) موجود ہوتے ہیں (جس کا انحصار مآؤف انبوبات کی جسامت پر ہوتا ہے) یا مختلف اقسام کے لغطات (râles) موجود ہوتے ہیں، یا خرخرات (rhonchi) اور لغطات (râles) دونوں یک وقت موجود ہوتے ہیں۔ زیادہ موٹے خرخرات (coarser rhonchi) اکثر سینہ پر رکھے ہوئے ہاتھ سے محسوس ہو جاتے ہیں، بلکہ ممکن ہے کہ خود مریض کو یا اُس کے پاس کھڑے ہوئے اشخاص کو بھی سنائی دیں۔ زیادہ بڑے یعنی موٹے لغطات (coarser râles) زفیر اور شہیق دونوں کے ساتھ، اور نہایت باریک لغطات (finest râles) صرف شہیق کے ساتھ سنائی دیتے ہیں۔ یہ اصوات تمام اصابتوں میں یا مرض کے تمام درجوں میں یکساں طور پر نہیں موجود ہوتے۔ بہت سی اصابتوں میں تنہا خرخرات (rhonchi) موجود ہوتے ہیں۔ شدید اصابتوں میں یہ اصوات مختلف طور پر مخلوط ہو کر سائے سینہ پر سنائی دیتے ہیں، اور ممکن ہے کہ حویصلی خریب (vesicular murmur) کو بالکل دبا دیں۔ شعبی عضلہ کے شنج کی صورت میں زفیر (expiration) نمایاں طور پر طویل ہو جاتا ہے۔

حاد شعبی التهاب کے علامات۔ ابتداء قدرے کلمندی (malaise) اور سینہ میں تنگی کا احساس ہوتا ہے، اور کھانسی واقع ہوتی ہے لیکن بُساق (sputum) بالکل نہیں ہوتا۔ خفیف اصابتوں میں عام اعتلال محض خفیف سا ہوتا ہے، اور بیماری کھانسی تک محدود ہوتی ہے۔ شدید اصابتوں میں قدرے تپ ہو کر تپش ۱۰۰ یا ۱۰۱ درجہ تک بلند ہو جاتی ہے، اشتہا باقی رہتی ہے، زبان قرمز اور جلتی ہے اور انتوں کا فضل صحت اور قارورہ طویل المقدار ہو جاتا ہے۔ کھانسی ابتداً کھری اور خشک ہوتی ہے، اُس کے ساتھ اکثر عظم القص کے پیچھے درد ہوتا ہے اور

جبری زفير (forced expiration) کے عضلات میں بھی ورد ہوتا ہے جس کی وجہ وہ بُرا (strain) ہے جو اُن پر پڑتا ہے۔ اس وقت نفث محض قلیل المقدار ہی ہوتا ہے، اور پتلی، جھاگ و ارمخاط پر مشتمل ہوتا ہے جس کے ساتھ ممکن ہے کبھی کبھی خون کی دھاری موجود ہو۔ چند روز کے بعد کھانسی نسبت زیادہ آسان اور زیادہ ڈھیلی ہو جاتی ہے اور نفث (expectoration) مقدار میں زیادہ وافر، زیادہ غیر شفاف، اور زرد اور سبز ہو جاتا ہے جس کی وجہ یہ ہے کہ اُس میں خون کے سپید غلیظوں کی بڑھتی ہوئی مقدار کا اضافہ ہوتا جاتا ہے۔ نسبتہً خفیف تر اصابتوں میں نفث، دوران خواب میں جمع ہو جانے کی وجہ سے صبح کے وقت عموماً زیادہ نکلتا ہے، اور شہروں میں یہ باقی (sputum) اکثر اوقات کرہ ہوائی سے اخذ کردہ رنگ کے باعث سیاہ ہوتا ہے۔ بُرا (dyspnoea) اکثر زیادہ ہوتا ہے، اور مریض کو بہتر میں سیدھا بیٹھنا پڑتا ہے (انتصابی تنفس: orthopnoea) اور تمام تنفسی عضلات کو حرکت میں لانا پڑتا ہے۔ کچھ عرصہ کے بعد مخاط آمیز پھم (muco-pus) کا افراز کم ہو جاتا ہے، کھانسی نسبتہً کم مرتبہ آنے لگتی ہے اور بتدریج علامات رفع ہو جاتے ہیں۔ جب اُس شکل میں کہ جسے اوپر شعری شعبی التهاب (capillary bronchitis) کے نام سے بیان کیا گیا ہے، ضعیف ترین شعبی انبوبات ریوی افراز سے پُر ہو جائیں، تو حالت نہایت خطرناک ہوتی ہے، بالخصوص بالکل چھوٹے بچوں میں۔ شدید بُرا، چہرے اور اطراف کا سخت زراق (cyanosis) یا کبودی (lividity)، اور سریع خستگی (exhaustion) واقع ہوتی ہے۔ کھانسی ابتداً بار بار آتی ہے، اور اُس کے ساتھ لزوج چمکدار مخاط یا مخاط آمیز پیپ، یا پیپ نفث میں بافراط خارج ہوتی ہے۔ مابعد درجوں میں مریض کبود اور غنودہ (drowsy) ہو جاتا ہے۔ اس کی نبض زیادہ کمزور اور زیادہ سریع ہو جاتی ہے۔ شہقی ماسی نسبتہً کم کارگر ہوتی ہیں۔ اور بین الاضلاع فضا میں زیادہ اندر چوسا ہوئی ہوتی ہیں۔ نفث بتدریج کم ہو جاتا ہے، اور موت سے پہلے دماغی دوران خون کا اختلال قوما (coma) سے ظاہر ہوتا ہے جس کے ساتھ اکثر خفیف ہذیان بھی ہوتا ہے۔

مزمن شعبی التهاب کے علامات۔ اس کے خاص صفات دراصل حادثہ کے صفات سے مختلف نہیں۔ لیکن اس میں تب اور وہ مینی اختلال نہیں ہوتا جو حادثہ میں

واقع ہوتا ہے، اور طویل مدت تک جاری رہنے کے بعد مستقل قسم کے ثانوی نتائج پیدا ہو جاتے ہیں۔ خود شش میں نطخ (emphysema) اور اتساع انبوبات (تمدد الشعب bronchiectasis) واقع ہو جاتا ہے جن کا بیان بعد میں دیا جائے گا۔ لیکن مزمن شعبی التهاب کے اثرات شش سے بھی آگے تک محسوس ہوتے ہیں۔ چنانچہ نطخ (جس کا بیان ملاحظہ ہو) ریوی دوران خون میں مزاحم ہوتا ہے اور دایاں قلب شش پروردہ ہو جاتا۔ مکن ہے کہ دایاں قلب بالآخر تسخ ہو جائے، اور ایسا ہونے پر عام وریدی تطلم متاثر ہو جاتا ہے جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ اطراف زیرین کا تہیج، امتلائے جگر، استسقاء شکی (ascites) اور الیومن بولیت واقع ہو جاتے ہیں۔ ایسے حالات کے تحت اکثر سترنی بازروی (tricuspid regurgitation) واقع ہو کر اس کا تمیز و مخصوص خیر (murmur) پیدا ہو جاتا ہے (ملاحظہ ہوں امراض قلب)۔ طویل المدت اور شدید مزمن شعبی التهاب مریض کی قوت پر ایک خطرناک اثر ڈالتا ہے۔ غنید میں خلل، نفث وافر، اور لہضمہ خراب ہونے کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ تغذیہ گرجا جاتا ہے، اور مکن ہے کہ لاغری بہت ہو جائے۔ بعض اصابتوں میں یہ بھی مکن ہے کہ اس آخری درجہ میں ایک عادی قسم (hectic type) کا عمومی تعامل واقع ہونے لگے۔ مزمن شعبی التهاب کے اتمام عام طور پر حسب ذیل بیان کئے جاتے ہیں :-

۱۔ اصابتوں کی نسبت بہت بڑی تعداد سعالِ شتائی (winter cough) کے عنوان کے تحت آتی ہے جو متذکرہ بالا طریقہ پر واقع ہوتی ہے۔ یہ کھانسی تغیر پذیر ہوتی ہے اور بعض اوقات یہ دوروں کی صورت میں آتی ہے اور رات کے وقت زیادہ تکلیف دہ ہوتی ہے۔ صبح کے وقت بھی اکثر شدید کھانسی ہوتی ہے جو بوقت استراحت جمع شدہ افرازات کو نکالنے کے لئے کافی ہوتی ہے۔ نفث مرض کی شدت یا دصحت کے لحاظ سے یا تو مقدار میں کم، تپلا، مخاط آمیز، اور جھاگ دار ہوتا ہے اور صبح کے وقت اس میں سیاہ رنگ موجود ہوتا ہے۔ یا وہ زرد یا زردی مائل سبز اور مخاطی (ری می muco-purulent) ہوتا ہے اور اس میں ہوا بہت کم ہوتی ہے۔ یا مکن ہے کہ وہ بالکل بے ہوا، مائع، سبز پیپ ہو۔ اس صورت میں بساتات (sputa) عموماً ظرف کے اندر باہم مخلوط ہو جاتے ہیں اور وہ سکر نما کیفیت (nummular character) جو سبیل ریوی میں

عام ہوتی ہے نہیں ظاہر کرتے۔ خردین۔ کہ نیچے کثیر مقدار میں خلطوں کے علاوہ سرخی خلیے جن میں چربی ہوتی ہے، اور غیر مرض زاخرہ عضویہ و کمائی دیتے ہیں۔ کبھی کبھی نفث کے اندر خون موجود ہوتا ہے جو عموماً دھاریوں کی صورت میں ہوتا ہے لیکن مثلاً دھاریوں میں تو دونوں کے طور پر یا کسی بڑی مقدار میں ہوتا ہے۔

۲۔ خشک شعبی التهاب (dry bronchitis) یا خشک نازلت (dry catarrh) مزمن شعبی التهاب کی ایک قسم ہے جس میں افزائ نہایت کم ہوتا ہے۔ کھانسی متواتر، تند اور طویل ہوتی ہے جس کا نتیجہ ہوتا ہے کہ چہرے کا شدید استلا واقع ہو جاتا ہے۔ لیکن بُاق یا تو بالکل نہیں ہوتا، یا صرف لوچدار (tough) مخاط کی قلیل مقدار پیدا ہوتی ہے۔ سینہ میں بہت خراش (soreness) اور نسبتاً جھوٹے انوبات کے شہج کی وجہ سے بہت بھر (dyspnoea) ہوتا ہے۔

۳۔ اس سبب ذالت میں جسے نزلہ شعبیہ (bronchorrhoea) یا بخار دار نازلت (pituitous catarrh) کہتے ہیں، سرایت کی خاص زد مخاطی غد پر پڑتی ہے۔ کھانسی تکلیف دہ ہوتی ہے، اور بُاق کو باہر نکالنے کی کوشش میں دورہ کی کیفیت پیدا ہو جاتی ہے۔ بالآخر جو بُاق نکلتا ہے وہ یا تو تیلہ ہوتا ہے یا گاڑھا اور چھپچھپا (ropy) جو انڈے کی بغیر ابالی ہوئی پیدری کی طرح نظر آتا ہے جس میں چھوٹے ٹشبات سے نکلے ہوئے زردی مائل پید رنگ کے سماسات (plugs) کی دھاریاں ہوتی ہیں، اور یہ سب جھاگ سے ڈھکا ہوا ہوتا ہے۔ ایک ایسی اصابت میں جو کہ حال ہی میں بیان کی گئی ہے (8) چوبیس گھنٹے کے اندر ایک پائٹنٹ نفث نکلا، اور یہ کئی مرتبہ تھوڑی تھوڑی مقداروں میں دقت کے ساتھ خارج ہوا، اور کھانسی کا ہر دورہ ختم ہونے پر ایک یا زائد مخاطی سماسات (mucous plugs) کا اخراج ہوا۔ لیکن جہاں مجموعی حجم کی مقدار چار یا پانچ پائٹنٹ ہو ایک ہی وقت میں بڑی مقدار میں متبادلہً خفیف سی کوشش سے ہی خارج کی جاسکتی ہیں۔ تہج شش سے نزلہ شعبیہ کی شناخت اس طرح سے ہو سکتی ہے کہ تہج کی حالت میں جھاگ کو اوپر سے علیحدہ کر دینے کے بعد اس سیال کا رنگ زرد یا عنبی ہو تا ہے اور اس کے البیومینی جزو کی مقدار زیادہ ہوتی ہے۔

۴۔ گندیلہ یا مُنْتَن شعبی التهاب (putrid or foetid bronchitis)۔ اس کی تمیز خصوصیت ہنایت بدبودار بُساق ہے جو بیشتر اُن اصابوں میں ہوتا ہے جن میں اُنبوبات متع ہو جاتے ہیں۔ بُساق وافر مقدار میں اور کسی قدر پتلا ہوتا ہے اور بُساق و ان کے اندر اکثر تین تہوں میں جدا ہو جاتا ہے جن میں سے سب سے اوپر والی تہ جھاگ دار اور مخاطی ہوتی ہے، درمیانی تہ ایک تیلی مصلیٰ مخاطی سیال ہوتی ہے اور سب سے نیچے پیپ کی دبیرتہ ہوتی ہے جس میں وہ اجسام موجود ہوتے ہیں جو ڈیٹرٹس یا تراوے کے صدمات (Ditttrich's or Traube's plugs) کے نام سے موسوم ہیں۔ ان کا رنگ پیدید مائل رمادی یا میلارماوی مائل زرد ہوتا ہے اور جماعت میں یہ باجرے کے دانے سے لے کر سیم کے بچ کے برابر تک مختلف ہوتے ہیں۔ خردین کے نیچے ان کی ترکیب میں ربی جیسات، پُجورا (detritus)، جسٹرٹیم یا مینک (palmitic) اور اسٹیرک (stearic) ترشوں کے باریک سوزن مابندل اور تخیف شعریہ (leptothrix) کے بلدار وھاگے شامل ہوتے ہیں۔ اس بُساق کے کیمیائی مافیہ آسٹینک (acetic)، بیوٹائرک (butyric)، اور ولیریانک (valerianic) ترشے، لیوسین (leucin)، ٹائروسین (tyrosin)، سلفیوریٹڈ ہائڈروجن (sulphuretted hydrogen) اور میتھائل امائن (methylamine) ہیں۔ گندیدہ شعبی التهاب میں اور شش کے گنگرین میں امتیاز کرنا چاہئے۔ بہت بدبودار بُساق اس دُبلہ (empyema) سے بھی نکل سکتا ہے جو شش کے اندر پھوٹ جائے اور کبھی کبھی یہ ایک پرانے تدرنی کہفہ (tuberculous cavity) سے بھی نکلتا ہے۔

۵۔ ٹکویہنی (plastic) فائبرینی (fibrinous) یا کروی (croupous) شعبی التهاب۔ اس شاذ عارضہ کی تمیز خصوصیت یہ ہے کہ اس میں نفث کے اندر شعبی اُنبوبات کے سائک (casts) خارج ہوتے ہیں۔ بُساق عموماً گول تودہ کی شکل میں اور مخاط یا خون سے ڈھکا ہوا ہوتا ہے اور جب اسے پانی میں رگڑا جائے تو ہمیں شعبی انوبی نظام کے ایک حصے کا کم و بیش مکمل شاخدار سبیکہ (cast) نظر آتا ہے۔ یہ سبیکہ عموماً ایک قاز کے پر (goose-quill) سے زیادہ دبیر نہیں ہوتا اور طول میں ۱/۲ سے لیکر ۲ ۱/۲ انچ تک متغیر ہوتا ہے اور صرف شاذ ہی ۵ یا ۱۰ انچ تک پہنچتا ہے۔



اس کا رنگ رمادی یا سپیدی مائل زرد ہوتا ہے، اور یہ ہم مرکز دھڑوں (laminæ) پر مشتمل ہوتا ہے جو عموماً انبویہ کے درونہ (lumen) کو پر نہیں کرتے، یہی وجہ ہے کہ یہ سبائٹک سوائے ان کے جو صغیر ترین انبوبات سے نکلے ہوں، محسوس نہیں ہوتے۔ خرد بین کے نیچے اس سبیکہ کی ساخت ریشک دار نظر آتی ہے جس میں کثیر التعداد سپید جسامت، نبتات سمیہ (اسٹریٹوکا کافی)، نبتات غنیہ ہیماٹاڈین کی قلیں، کروئسن نے مرغولے (Cruschmann's spirals) اور شار کو لیڈن کی قلیں (Charcot-Leyden crystals) مدفون ہوتی ہیں (ملاحظہ ہو صفحہ 141)۔ مریض کو کھانسی نے سخت حملہ ہوتے ہیں جن سے اس کا دم گھٹنے لگتا ہے، ساتھ ہی سینہ میں کم و بیش درد اور دباؤ (oppression) محسوس ہوتا ہے اور ان حملوں کے ساتھ ابتداً بلاق نہیں نکلتا، اور اگر کچھ نکلتا ہے تو وہ شاید قدرے غماظ ہوتا ہے۔ کچھ عرصہ کے بعد (جو صرف چند ہی گھنٹے کا یا دو یا تین دن کا ہوتا ہے) ایک شیمی سبیکہ خارج ہوتا ہے۔ اس سے عموماً فی الفور آرام محسوس ہوتا ہے اور کھانسی کم یا غائب ہو جاتی ہے۔ لیکن وہ عموماً چست ہی گھنٹوں میں پھر عود کرتی ہے، اور بعض اوقات ایک آدھ روز کے وقفوں سے سبائٹک (casts) کئی دن تک نفث سے خارج ہوتے رہتے ہیں، اور پھر مریض بتدریج بالکل اچھا ہو جاتا ہے۔ بعض اصابتوں میں نفث الدم (haemoptysis) واقع ہوتا ہے، اور یہ عموماً سبیکہ خارج ہونے کے بعد ہوتا ہے۔ طبیعی امارات ایک شعبہ کے تسد کے ہوتے ہیں اور اس کے ساتھ ہی جیسے جیسے سبائٹک اکھڑتے جاتے ہیں لعلات (râles) سنائی دیتے ہیں۔ نگوینی شیمی التهاب (plastic bronchitis) شاید ہی ہلک ہوتا ہے، اور جب ہوتا ہے تو بیچیدگیوں کے سبب سے۔ لیکن وہ غیر منتظم وقفوں کے ساتھ کئی سال کے عرصہ تک متواتر ہوتا رہتا ہے۔

۶۔ وہ مزمن شیمی التهاب جو مرض کثرت خلیات سرخ (polycy-

thæmia rubra) (مرض ایرزا: Ayerza's disease) کے ساتھ پایا جاتا ہے، آکسیجن کی طویل المدت قلت کا نتیجہ ہوتا ہے، لہذا خون کے ہیموگلوبن میں زیادتی ہو کر سرخ خلیوں کی تعداد تقریباً ..... ۱۰۰ فی لمب ملی میٹر ہو جاتی ہے، اور ممکن ہے کہ انگلیاں گرز شکل (clubbed finger) ہو جائیں۔ مریض نہایت ازرق (cyanosed)

ہوتا ہے، اور ایک اصابت میں شریانی خون، بجائے طبعی ۵۵ فیصدی سجن کے، صرف ۴۵ فیصدی  
 کیسج سے سیر شدہ پایا گیا۔ تاہم چونکہ ہیموگلوبین اور سرخ خلیوں میں بہت بڑا اضافہ ہو گیا تھا  
 لہذا آکسیجن کی حقیقی مقدار خون کے ذریعہ سے منتقل ہونی تقریباً طبعی درجہ کی تھی۔ شریانیوں  
 میں  $CO_2$  کا دباؤ بھی زیادہ تھا اور مریض کی سانس بہایت پھولی ہوئی تھی (۷)۔ عروق  
 کی نسبت مرد زیادہ عام طور پر مآؤف ہوتے ہیں اور حاملہ آرمین (Wassermann  
 reaction) اکثر مثبت ہوتا ہے۔ دایاں بطن بہت بیش پروردہ اور متع ہوتا ہے  
 جس کا مظاہرہ برقی قلبی ترکیب (electrocardiogram) سے ہوتا ہے۔ ریوی شریان  
 کا اتساع اور آتھروما اور پیپٹروٹوں میں احتقان (engorgement) پایا جاتا ہے جو ریوی  
 دمای دباؤ کی زیادتی کی دلیل ہے۔

**تشخیص۔** شعبی التهاب کی تشخیص کا انحصار خرخرات (rhonchi) اور لفظات  
 (râles) کی موجودگی پر ہوتا ہے۔ ذمہ میں بھر (dyspnoea) اور طبعی امارات ایک  
 نہایت حادثی التهاب کی طرح کے ہوتے ہیں، لیکن اسکے وقوع کی سرگزشت اور  
 مابقی حملوں کی روند اس کی تشخیص میں مدد ہوگی۔ شعری شعبی التهاب (capillary  
 bronchitis) میں خرخرات (rhonchi) عموماً غائب ہوتے ہیں اور ان اصابتوں  
 کو کبودی، عنودگی اور لفظات (râles) کی موجودگی سے شناخت کیا جاتا ہے۔ شاذ  
 اصابتوں میں ایک شعبہ کا تسلسلہ (ملاحظہ ہو صفحہ ۱۴۴) صرصرہ (stridor) پیدا  
 کر سکتا ہے جو غلطی سے شعبی التهاب کا خرخرہ (bronchitic rhonchus) سمجھ لیا  
 جاتا ہے۔ اکثر مزمن سہل ریوی (chronic phthisis) سے تفریق کرنے میں دقت  
 ہوتی ہے، کیونکہ سہل ریوی کے ساتھ اکثر شعبی التهاب موجود ہوتا ہے۔ ایسی صورت میں حموی  
 تعالٰیٰ نفث اللہم سر مع لاعری کا وقوع اور ایک جانب یا ایک راس پر طبعی امارات  
 کی زیادہ شدت کا پایا جانا سہل ریوی کی موافقت میں ہوگا اور اس کی تصدیق عصیتوں  
 کے لئے بساق کے امتحان سے، یا لاشعاعوں (X-rays) یا ٹیوبرکولین (tuberculin)  
 کے استعمال سے کی جاسکتی ہے (ملاحظہ ہو سہل ریوی)۔

اب اس کی تعین باقی رہ جاتی ہے کہ آیا حادثی شعبی التهاب ایک اولی اہبت  
 ہے، یا ایسے عواض کا جیسے کہ کالی کھانسی (whooping cough) 'کھسرا' تپ محرکہ،

یاد دوسری کسی نوعی تپ کا ثانوی نتیجہ ہے۔ بچوں میں حاد و خفی تدن (acute miliary tuberculosis) کا خیال کیا جاتا بھی ضروری ہے۔

انذار۔ حاد شعبی التهاب (acute bronchitis)۔ اس کی مدت چند روز سے لے کر تین ہفتوں یا زائد تک ہوتی ہے۔ ریمی (purulent) یا شعری (capillary) شعبی التهاب کی مہلک اصابتوں میں یہ مدت ۹ تا ۱۲ روز ہوتی ہے۔ مزمن شعبی التهاب (chronic bronchitis)۔ اگرچہ یہ اکثر زندگی کو گھٹا دیتا ہے تاہم بہت سے لوگ اس کی موجودگی میں بھی بڑی عمر تک زندہ رہتے ہیں۔ یہ موسم سے نمایاں طریقہ پر متاثر ہوتا ہے اور اس کے مریض دورانِ گرامیں اکثر عموماً اچھے رہتے ہیں اور سرمایاں پھر بیمار ہو جاتے ہیں۔ لیکن ان کی حالت بعد میں آنے والے ہر سرمے کے ساتھ خراب تر ہوتی جاتی ہے اور ممکن ہے کہ بالآخر وہ ایک غیر معمولی طور پر شدید سرمایاں یا شہروں کے سرد گھروں میں یا دوسرے مقامات پر شرقی یا شمال مشرقی ہواؤں میں ہلاک ہو جائیں۔ لیکن اس کے برعکس اگر مریض گھر کی حدود کے اندر رہے یا اس سے بھی بہتر یہ کہ کسی نسبتاً گرم آب و ہوا میں رہے اس ناموافق موسم سے محفوظ رکھے جائیں تو ممکن ہے کہ وہ اپنے شعبی التهاب کو محدود رکھ سکیں اور ایسے مہلک انجام کو سالہا سال تک ملتوی کر سکیں۔ لیکن اس کے مضر اثرات افزائی مقدار اور ثانوی نتائج (یعنی نفاخ، متسع، انوبات اور دایں قلب کے اتساع) کی سرعت نمو کے لحاظ سے مختلف ہوں گے۔

تحریر۔ اس کا انحصار اس امر پر ہوتا ہے کہ سرائت کے منبعوں سے اور انفرادی اصابتوں میں سرائت کی استعداد پیدا کرنے والے اسباب سے بچاؤ کیا جائے۔ اثر پذیر اشخاص کو نازلت (catarrh) کے دوسرے مریضوں سے احتراز کرنا چاہئے۔ اگر تماس کے بغیر جارہ نہ ہو تو انفلوئنزا کے تحت میں بیان کئے ہوئے جالی کے چہرہ پوشش (gauze masks) پہنے جاسکتے ہیں۔ زکام (coryza) کی روک تھام کے تحت میں بیان کی ہوئی مختلف تدبیریں ملاحظہ ہو صفحہ 196) مناسب اصابتوں میں استعمال کی جاسکتی ہیں۔ مذکورہ جذریات (stock vaccines) یا خود زاد جذریات (autogenous-vaccines) اکثر مفید ہوتی ہیں۔ آخر الذکر بقی

(sputum) سے تیار کی جاسکتی ہیں، لیکن کاشتیں ناک سے بھی لی جاسکتی ہیں، جہاں وہ عضو یہ جو مریض کا خاص سبب ہے، اکثر خالص کاست میں حاصل کیا جاسکتا ہے۔ انگلستان کے موسم سرما کی آب و ہوا جس میں سردی اور رطوبت ہوتی ہے، شعبی التهاب کا نہایت عام سبب مُعَدِّ (predisposing cause) ہے، لیکن ممکن ہے کہ انگلستان کے جنوبی مقامات جیسے کہ بورنموتھ (Bournemouth) وینٹنر (Ventnor) مارکوے (Torquay) یا پنزنس (Penzance) کی بودوباش سازگار نتائج پیدا کر دے۔ نیز سازگار آب و ہوا میں بیرون انگلستان میں بھی ہیں، اور مہینوں (Mentone) سان ریمو (San Remo)، کینیس (Cannes) آر کے شان (Arcachon)، جزائر کیانری (Canary Islands)، مڈیرا (Madeira) اور نائل (Nile) (اسوان . Assouan) ایسے مقامات ہیں جہاں مریض سب سے زیادہ جاتے ہیں۔

علاج - متوسط شدت کی اصابتوں میں مریض کو ایک گرم کمرے میں بستر پر لٹا دینا چاہئے۔ نسبتہ کم شدید اصابتوں میں اگرچہ مریض کو اٹھنے کی اجازت دی جاتی ہے، تاہم اسے تکشف (exposure) سے محفوظ اور حتی الامکان ۶۰ درجہ یا ۶۵ درجہ فارن ہائٹ کی ہموار تیش میں رکھنا چاہئے۔ مریض شعبی التهاب میں ممکن ہے کہ ایک سازگار آب و ہوا میں منتقل کرنے کے سوال پر غور کرنا پڑے (ملاحظہ ہو تحریر)۔ اگر سینہ میں زیادہ تنگی ہو تو اینٹی فلاجسٹین (antiphlogistine) رانی کی پیٹی (mustard leaf) یا السی کی پولٹس (linseed meal poultice) سے جس پر رانی چھڑکی ہوئی ہو، جو ابی خراش (counter-irritation) پیدا کرنی چاہئے۔ بچوں میں جو ابی خراش آوڑا ویہ (counter-irritants) کو احتیاط کے ساتھ استعمال کرنا چاہئے، مگر ایک پتلی پولٹس جو سارے سینہ کو گھیر لے (جاکٹ پولٹس jacket poultice) نہایت کارگر ہوتی ہے۔ غذا ہلکی اور مغذی ہونی چاہئے۔

ہوائی راستوں کا قد و روکنے کے لئے تین حصر کی میکانیتیں (motor mechanisms) ہیں، یعنی نسبتہ بڑے شعبات کے لئے ابداب (cilia) کی حرکت دُسر (propulsive movement) اور کھانسی کی اخراجی میکانیت (expulsive mechanism) اور نسبتہ چھوٹے شعبات کے لئے عضلی حرکت دوویہ

(muscular peristalsis) - لیکن شعبتوں میں افراز کا عمدہ بہاؤ بھی مساوی اہمیت رکھتا ہے، اور وہ ایک مذہبن (lubricant) اور خراشیں اور اشیاء کے مڑق کے طور پر ہر دو حیثیت سے عمل کرتا ہے۔ شروع میں جب کہ کھانسی خشک ہو سکنت (sedatives) مثلاً مرکب صغیہ کافور (tinct. camph. co.) کی ضرورت ہے، اور اس کے بعد منقثات (expectorants) کی۔ امونیسٹم کاربونیٹ (ammonium carbonate) (ہ گرین ہر جو تھے گھٹنے) نبیذ عرق الذہب (vinum ipecacuanhæ) (ہ تا۔ قطرے) اور صغیہ سقیل (tinct. scillæ) (ہ قطرے) معدی غشائے مخاطی میں خراشیں پیدا کرتے، اور عصب تائب (vagus) کے معکوس عمل کے ذریعہ شعبی افراز کو بڑھا دیتے ہیں۔ اگر ان ادویہ کو قئے (emesis) لانے کی حد تک دیا جائے تو شعبی افراز اور بھی زیادہ ہو جاتا ہے۔ چنانچہ بچوں کے علاج میں اسی اسلوب عمل سے فائدہ اٹھایا جاتا ہے، یعنی جمع شدہ شعبی افراز کو خارج کرنے کے لئے ایک ڈرام نبیذ عرق الذہب (vinum ipecac.) دیا جاتا ہے، اور ضرورت ہو تو پندرہ منٹ کے بعد اسے کر دیا جاتا ہے۔ مزمن شعبی التهاب میں اسقیل (squill) خاص منفعت رکھتا ہے، کیونکہ قلب پر اس کا اثر ڈیجیٹالس (digitalis) کے مثل ہوتا ہے۔ منقثات (expectorants) کی ایک دوسری جماعت شعبی غد کی راہ سے خارج ہو کر ان کے افراز کو تحریک پہنچاتی ہے۔ اس جماعت کا اہم ترین رکن ہ گرین کی خوراگوں میں پوٹاسیم آیوڈائیڈ (potassium iodide) ہے۔ یہ مزمن شعبی التهاب میں خاص طور پر نفع بخش ہے۔ جہاں نفث بکثرت ہو، بلسان پرو (balsam of Peru) (اس کے ۲۰ قطرے) اور ام شہد میں منقلب کر کے) اور بلسان طولو (balsam of Tolu) دینا چاہئے، یا امونیم کلورائیڈ (ammonium chloride) (ہ تا۔ ۲۰ گرین)۔ جہاں بساق بدبودار (foetid) ہو، ٹیری بین (terebene) (ہ تا۔ قطرے) دینا چاہئے۔ سعال شتائی (winter cough) کے لئے اس کے ہ قطرے ٹکر ٹپکا کر دن میں کئی بار لینا مفید ہے۔ نو عمر بچوں میں جو طاقت نفث محض برائے نام ہی رکھتے ہیں، شعری شعبی التهاب (capillary bronchitis) میں بعض اوقات افراز اس قدر کثرت کے ساتھ ہوتا ہے کہ اس سے

انجوبات پر ہو کر دم گھٹنے کا خطرہ ہو جاتا ہے۔ افزائی غدد کو مشغول کرنے اور انجوبات کو خشک کر دینے کے لئے صبیغہ لفلح (tinct. belladonnae) ستماہ قطروں کی خوراک میں یا ایٹروپین (atropine) بمقدار ۱/۱۰ گریں کے اثرات دئے جاتے ہیں۔ یہی علاج بالغوں میں بھی مفید ہو سکتا ہے۔ جب کھانسی زیادہ خراش اور ہو تو مسکنات (sedatives) استعمال کئے جاسکتے ہیں، مثلاً مورفیا (morphia) قلیل مقداروں میں (۱/۱۰ گریں یا ۱/۲۰ گریں) مرکب صبیغہ کافور (۱/۱۰ ڈرام) ہیرورن (۱/۱۰ تا ۱/۲۰ گریں) کوڈین فاسفیٹ (codeine phosphate) (۱/۱۰ گریں) یا لوٹامیٹم یا مونیم برومائیڈ (۵ گریں)۔ لیکن اگر کوئی (lividity) زیادہ موجود ہو تو ان چیزوں کو بہت احتیاط کے ساتھ استعمال کرنا چاہیے، کیونکہ ان حالات میں ممکن ہے یہ تنفسی اور قلبی مرکروں کو خطرناک طور پر منخض کر دیں۔ ہائیڈرو سائنک ترشہ (hydrocyanic acid) بھی ممکن ہے۔ یہ ترشہ شربت کرزبری (syrup of Virginian prune) کے اندر موجود ہوتا ہے جو عام طور پر تجویز کیا جاتا ہے۔ یہ غالباً معدے میں عصب تانیہ کے اختتامات کو مشغول کر کے عمل کرتا ہے (جو عرق الذہب کے برعکس ہے) اور ”معدی کھانسی“ (stomach cough) میں مفید ہے۔ ان اصابتوں میں کہ جن میں شعبی انجوبات کا زیادہ شخ ہوتا ہو صبیغہ جوزاٹل (tinct. stramonii) یا صبیغہ تیغ صحرائی ایتھری (tinct. lobeliae aeth.) (۵ ابوند) ایتھر (۵ ابوند) یا صبیغہ قنب ہندی (tinct. cannabis ind.) (۱۰ ابوند) سے فائدہ ہو سکتا ہے۔ نیز قلیل مقداروں میں کلورل (chloral) (۵ تا ۱۰ گریں) کی سفارش بھی کی گئی ہے۔ ممکن ہے ان میں سے بعض طریقے علاج ایک دوسرے سے متخالف معلوم ہوں۔ فی الحقیقت ان کو مجموعی طور پر دینے سے عمدہ نتائج حاصل ہوتے ہیں، مثلاً مرکب لوقیٹیل (B. P. C.) (linctus scillae co.) (اڈرام خرداک) کی صورت میں، جس میں مسکن مرکب صبیغہ کافور اور منتضات سکجنین اسکیل (oxymel scillae) اور شربت طولو (syrup. tolutanus) کی مساوی مقداریں موجود ہوتی ہیں۔ اسی طرح جوزاٹل (stramonium) یا تیغ صحرائی (lobelia) عام طور پر لوٹامیٹم آیوڈائیڈ کے ساتھ تجویز کئے جاتے ہیں اور ایلکسیر ڈائامورفینی ایٹ ٹرپینی (B. P. C.) (elixir diamorphini et terpini) (اڈرام) میں ٹرپین ہائیڈریٹ

(terpin hydrate) ہیرٹون (heroin) اور شربت کرز بری (syrup of  
 Virginian prune) موجود ہوتے ہیں، لیکن ایک منفعت اور دوسکون۔

تمام شدہ اصابتوں میں جن میں زراق (cyanosis) [یا بھر (dyspnoea)]  
 موجود ہو، کسکین کے استنشاقات (oxygen inhalations) سے قیمتی مدد پہنچ سکتی ہے  
 (ملاحظہ ہو صفحہ 156)۔ کمرے کی ہوا کو بھاپ سے (جو ایک تجربہ) :  
 bronchitis : 'kettle' سے نکلتی ہو، مرطوب رکھنے سے، یا دوا آلود (medicated) استنشاقات  
 مثلاً لوبان کے بخارات (vapour benzoin) سے [مرکب صغیہ سودہ ایک ڈرام گرم  
 پانی ایک پائنت جو ایک خاص شامہ (inhaler) سے یا ایک مھولی ابرقی (jug) سے  
 استنشاق کیا جائے] قائدہ پہنچ سکتا ہے۔ جب بساق بکثرت ہو یا بدبودار ہو تو ذیل کے  
 'دو یہ مفید ہیں : ویپر اولیائی ابامس (vapour olei abietis) (B. P. C.) (ایک  
 ڈرام نصف پائنتیں)۔ خشک استنشاقات مثلاً ویپر کریال کو (vapour cresol co.)  
 (B. P. C.)، جبکہ اس سیال کی ایک تھوڑی مقدار کو ایک دھات کے برتن میں ڈال کر  
 حرارت سے اس کی بخیر کردی جاتی ہے۔ ویپر آیوڈی ایتمہرکس (vapour iodi  
 aetheris) ایک فمی انفی آلہ تنفس (oro-nasal respirator) کے ذریعہ سے۔ ویپر  
 امونیائی کلورائیڈ (vapour ammonii chloridi) (B. P. C.) اگر شعبی الہتہاب  
 کسی بینی مرض سے منسوب کیا جاسکے تو بلاشبہ ساتھ ہی اس کا بھی علاج کرنا چاہئے، مثلاً  
 نقرس (gout) کا علاج قلوئیات (alkalies) اور سورنجان (colchicum) دیگر بہت سی  
 اصابتوں کے لئے مقویات (tonics) جیسے کہ کوئین اور کاڈمچلی کے تیل کی ضرورت  
 ہوتی ہے۔ یہ دیکھنا بھی مناسب ہے کہ امعا کا فعل آزاد نہ ہو رہا ہے۔ اور زیادہ عربہ  
 کی اصابتوں میں جہاں قلب کی دائیں جانب سح (dilated) ہو گئی ہو، مختلف  
 افرازات کا آزادانہ بہاؤ جاری رکھنا چاہئے، اور قلب کے فعل کو ڈیجیٹالس  
 (digitalis) سے اسی طرح مدد پہنچانی چاہئے جس طرح کہ مصراعی مرض (valvular  
 disease) کی متناظر اصابتوں میں پہنچانی جاتی ہے۔ جب غالب عضویہ خرد عضویہ  
 نازلت (M. Catarrhalis) یا فریڈلینڈر کا عصیہ (Friedlander's bacillus) ہو،  
 یا جب مالکی سرایت (focal infection) اولی سبب ہو، تو جدرینات (vaccines)

مفید ہوتے ہیں۔

## تمدد الشعب

(BRONCHIECTASIS)

بحث اسباب۔ تمدد الشعب یا شبات کا اتساع پھیپھڑوں کے متعدد امراض کے تعلق میں واقع ہو سکتا ہے۔ اکثر اس کے ہمراہ گرد و پیش کی ششی بافت کی کسی قدر لیفیت (لیفی شش: fibroid lung) یا انفاخ (emphysema) بھی پایا جاتا ہے۔

مکن ہے کسی بڑے شعبی أنوبہ کا بتدریج ترقی کردہ اور مسلسل تسدد، اس سے نکلنے والے نسبتہ چھوٹے شبات کا اتساع واقع کر دے۔ اس طرح سے ممکن ہے کہ انورسے جو کسی شعبہ کو دباتے ہوں، سرطان جو اسے دبا لے یا اس کے اندر بڑھ جائے، تشکی صیق (syphilitic stenosis) یا ایک مغرور جسم غریب، تمدد الشعب کے اسباب ہو جائیں۔ لیکن تمدد الشعب کا عام ترین سبب ایک ادلی الہتہابی حالت ہے جیسے کہ شعبی الہتہاب، عرصہ دراز تک جاری رہا ہو، شعبی ذات الریۃ بالخصوص، بچوں میں اور کبھی کبھی نحتی ذات الریۃ۔ نیز ممکن ہے کہ پلیورائی انصبابات کا یا نظر انداز شدہ ویسلات (empyemas) کا شش پر بیرونی دباؤ تمدد الشعب پیدا کر دے کہ جس کے ساتھ شش کی لیفیت (fibrosis) بھی پائی جاتی ہے۔ شاید حالتوں میں تمدد الشعب کی حالت پیدا نشی ہوتی ہے۔ یہاں شش کے دویری انحطاط کا ذکر کرنا بھی ضروری ہے جو کہ شاید ہے۔

امراضیات۔ جنی تسدد کی صورت میں، جب اس کے آگے کے أنوبات متمدد ہو جاتے ہیں، تو اس کی وجہ یہ ہوتی ہے کہ تہنقی حرکات زفری حرکات کی نسبت زیادہ موثر ہوتے ہیں، جس سے ہوا اندر چوس لی جاتی ہے اور پھر کامل طہ پر باہر نہیں نکلتی۔ مزمن شعبی الہتہاب میں أنوبات کے اندر کا افراز تسدد پیدا کرتا ہے اور



ساتھ ہی انبوبات کی دیواریں التهاب کی وجہ سے نرم ہو جاتی ہیں جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ وہ آسانی سے مس ہو جاتی ہیں۔ شدید شعبی ذات الریہ میں تمد الشعب کی پیدائش کا ایک دوسرا طریقہ دریافت ہوا ہے۔ حاد شعبی التهاب اور گرد شعبی عروق لمفائیہ کا التهاب (peribronchial lymphangitis) شعبی دیوار کا کامل اتلاف واقع کر دیتا ہے، جو ممکن ہے کہ متصلہ جوفیوں کو بھی متاثر کر کے ایک صاف کٹا ہوا (clear-cut) کھف بندے، جو کہ انبوبہ کا طول تلف ہو جانے کی صورت میں استوائی اور انبوبہ کی صرف ایک جانب تلف ہونے کی صورت میں تاچکی (saccular) ہوتا ہے۔ دوران اندمال میں کھف میں نوعمر یعنی بافت کی اسرکاری ہو جاتی ہے اور پست مکتب خلیوں کا ایک نیا مرحلہ بن جاتا ہے۔ یہ تغیر معمولی اصابتوں میں متوسط اور چھوٹے انبوبات میں واقع ہوتا ہے، اور جتنا بالائی نحتوں میں ہوتا ہے اس سے زیریں نحتوں میں زیادہ عام ہوتا ہے۔ کھفوں کی دیواریں پتلی ہوتی ہیں اور ان میں عموماً تندرست شعبی کی عضلی بافت یا کرتی کے کوئی آثار نہیں پائے جاتے (”شان ناش“: honey comb lung)۔ اکثر ایک چھوٹا شعبی کھف کے اندر کھلتا ہوا پایا جاتا ہے۔ بعض اوقات دیواروں کے ساتھ ساتھ بند پائے جاتے ہیں۔ بعض اوقات سطح متفرج ہوتی ہے اگرچہ وہ عموماً چکنی ہوتی ہے۔ بیشتر اوقات ان کھفوں کے ساتھ پھیپھڑوں میں وسیع یعنی تفرعات موجود ہوتے ہیں (10) (ملاحظہ ہو صفحہ ۱)۔

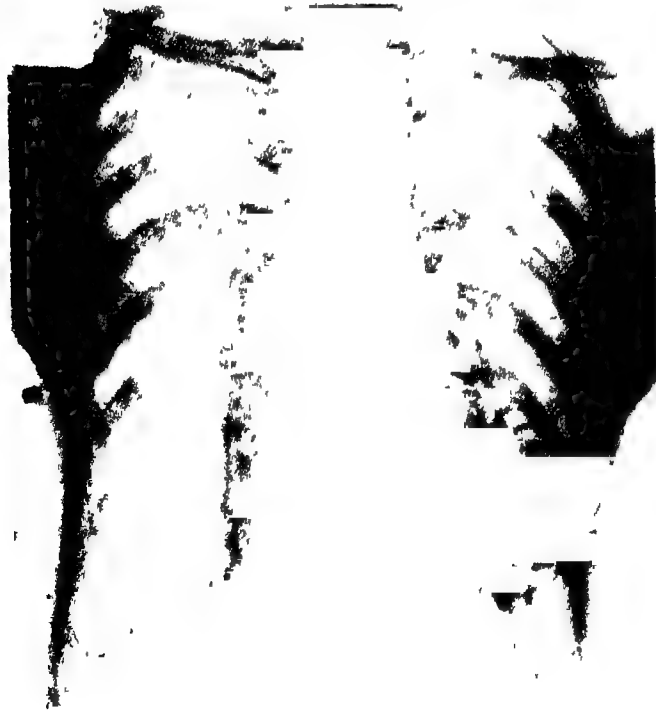
تمد الشعب اکثر ایک نشش تک محدود ہوتا ہے، بالخصوص اس وقت جبکہ وہ شعبی تسد، جسم غریب، یا حادثات الریہ یا ذات الجنب کی وجہ سے ہو۔ اگر دونوں پھیپھڑے مآؤف ہوں تو ضررات (lesions) وسیع نہیں ہوتے، یا ایک پھیپھڑہ دوسرے کی نسبت بہت زیادہ مآؤف ہوتا ہے۔

علامات - متوسط استوائی اتساع کی اصابتوں میں جو شعبی التهاب یا نفاخ کے ہمراہ پایا جاتا ہے، علامات اولی مرض کے علامات میں گم ہو جاتے ہیں۔ لیکن نسبتاً بڑے اتساعات میں اور تاچکی قسم (saccular variety) میں، تمد الشعب اصابت کی ایک نمایاں خصوصیت ہوتا ہے، اور کھفوں سے نکلنے والا افراز اور نشش کے بڑے حصوں کی لینیت (fibrosis) اور نکھف (cavitation) متعین علامات اور طبعین



عقبتہ

الف۔ تمدد الشعب۔ تپاکی قسم، پناہ الی بھرنے کے بعد۔



ب۔ تمدد الشعب تکلانا (انگشت و ستانہ کی) قسم کا۔ (شعاع نچا شتیں سر لند سے لاک نے لی ہیں)

امارات پیدا کر دیتے ہیں۔

مریض کا لاغر ہونا ضروری نہیں، وہ عموماً بخار سے مترا ہوتا ہے، اور ممکن ہے کہ آستہ ہیز، کھانسی اور نفث کے علاوہ اور کوئی چیز تکلیف دہ نہ ہو، لیکن ممکن ہے کہ زراق (cyanosis) اور انگلیوں کی گرز شکلی (clubbing of the fingers) موجو ہو۔ جب ریوی دی وہ ران خون میں زیادہ مراعت ہوتی ہے، تو رانیں قلب کا فسل (failure) پاؤں کا اذیمیا، گلانی، بکڑ اور البیومن یولبت پیدا کر دے گا۔

بُاق (sputum) یا تو (۱) ریوی اور بے ہوا یا (۲) مخاطی ریوی یا (۳) متین شحمی التهاب (taetid bronchitis) کے باق کی طرح ہو، یا (۴) ریوی اور جھگدار ہو سکتا ہے۔ جب ایک یا دو بڑے تاقی کھنکھے ہوں تو تاقی ایک مخصوص و مہیہ طریقہ سے نفث سے خارج ہوتا ہے۔ یہ افزاز کچھ عرصہ (مکرم) ہے کہ دو یا تین کھنکھوں (بگ) کھانسی کی تحریک پیدا کئے بغیر تاقی میں جمع ہوتا رہتا ہے۔ پھر یا تو اس کی مقدار کی وجہ سے یا مریض کے نقل و حرکت کرنے یا بہتر میں کروٹ لینے یا بیٹھنے کے سبب سے افزاز ایک ہم سلو نسبتہ تندرست تر انبوہ کے اندر بھکر چلا جاتا ہے جس سے کھانسی کی تحریک ہوتی ہے، اور مخاطی ریوی افزاز کے چند اونس سب ایک دم نفث سے خارج ہو جاتے ہیں۔ بعض اصابتوں میں نفث الدم (haemoptysis) بار بار اور بہتے طور پر کثرت کے ساتھ ہوتا ہے۔

خشک تہذیب الشعب - یہ ایک عام قسم ہے، جو کہ لپ آیلو ڈال (lipidol) کے اثر اب کے بعد لاشعاعی امتحان کرنے سے دریافت ہوتی ہے۔ شحمی التهاب (lipidol) جو خصوصاً کھسرا اور کالی کھانسی کے بعد ہوا تھا، سابقہ سرگزشت میں پایا جاتا ہے۔ علامات کھانسی اور اس کے ساتھ ذرا سا بے بو باق اور نفث الدم ہوتے ہیں۔ قاعدی گمگ کی کمی، کمزور تنفسی آوازیں اور لغطات موجود ہوتے ہیں۔ بالعموم گرز شکلی بالکل نہیں پائی جاتی۔ خطرات وافر نفث الدم یا تہذیب الشعب کی نمویابی ہیں (۱۱)۔

طبعی امارات - یہ اتساعات کی نوعیت و جسامت، شش کے اندر کی تزییع اور بیچ میں قتل ہونے والے شش کے تجمد (consolidation) یا لیفیعت (fibrosis) کی مقدار کے لحاظ سے مختلف ہوتے ہیں۔ بعض اصابتوں میں ایک قاعدہ کے بڑے

حصہ میں بلکہ سینہ کی ایک پوری جانب میں موٹے (coarse) چرچرانے والے (creaking) اور چٹختنے والے (crackling) لغطات (râles) پائے جاتے ہیں جو تنفسی زریروں کو پوشیدہ کر دیتے ہیں، لیکن کوئی اہمیت (dulness) یا کوئی نمایاں تحدید حرکت نہیں ہوتی۔ دوسری اصابتوں میں اس کے علاوہ گنگ کی کمی (impairment) کا ایک ایسا رقبہ ہوتا ہے جہاں شعبی تنفس یا قدرتی تنفس (amphoric breathing) اور اس کے ساتھ شعبہ صوتی (bronchophony) اور صدر کلامی (pectoriloquy) خالی دیتے ہیں اور ایک ایسے کہنے کے جو کثیف شدہ بافت سے ٹھکڑو دو سرے شاذ تر علامات موجود ہوتے ہیں (صفحہ 127)۔ جب کہنفہ افزا سے لبریز ہوتا ہے، تو گنگ کی کمی (impairment) اور گھٹے ہوئے اصوات تنفس موجود ہوتے ہیں، لیکن لغطات (râles) اور شعبی تنفس صرف کھانسنے کے بعد ظاہر ہوتے ہیں۔ انتہائی اصابتوں میں یہ حالت مزمن ذات الریہ سے مشابہ ہوتی ہے۔ سینہ کی باز کشیدگی (retraction) واقع ہو جاتی ہے، قلب افقی رخ میں مرضی شش کی طرف کھینچ آتا ہے، اور مقابل کا تنش تعویضی طور پر نفاخی (compensatorily emphysematous) ہو جاتا ہے۔

تشخیص - کہنف (cavitation) کی تشخیص اور وسعت، لپاڈال (lipiodol) کے اشرب کے بعد لاشعاع سے متعین کی جاسکتی ہے۔ براقتادہ جلد وغیرہ کو ایک فی صدی نووکین (novocaine) صلتی درتی جھلی (cricothyroid membrane) سبک مشرب کر کے عدیم الحس کر لیا جاتا ہے۔ مریض کو میدھا بیٹھا ہوا رکھ کر وہ فی صدی کوکین (cocaine) (الوند) اس جھلی کے پار قبضہ الریہ کے اندر مشرب کی جاتی ہے۔ تین منٹ کے بعد ایک خاص خمیدہ میزل اور تنو لچہ (trocar and cannula) اس جھلی میں سے ہو کر قبضہ الریہ کے اندر داخل کیا جاتا ہے۔ اس امر کا یقین کرنے کے لئے کہ یہ مقام صحیح ہے تنو لچہ کی راہ سے ہوا کھینچی جاسکتی ہے۔ لپاڈال کو جسے ۱-۶ درجہ فارن ہائٹ تک گرم کر لیا گیا ہو (۳۰ تا ۴۰) مکعب سنٹی میٹر ایک بالغ کے لئے اور ۳ مکعب سنٹی میٹر بچہ کے لئے، گرم کی ہوئی عقیم پیکاری کے اندر کھینچ کر تنو لچہ کی راہ سے مشرب کر دیا جاتا ہے، اور پھر مریض مشتبہ ہلو پر لیٹ جاتا ہے۔ شعاع نگاشت (radiogram) انتصابی وضع میں لی جاتی ہے (ملاحظہ ہوں صفحہ ۱ اور ۲ الف



الد. طبی سہیہ پیمانہ، عمر نہ کیے بعد۔ (شعاعِ نجات داکٹر ایف۔ بی۔ چاندرا اور سر جے۔ وی سپاکس) کوٹاہ پارک  
چسٹ ہسپتال، نئی ہے)



ب۔ شعبہ کاسرطان۔ اس کا مقابلہ صفحہ ۵ صفحہ 159 سے کرو (شعاعِ نجات مسٹر لنڈ سے لاک نے لی ہے)

جو طبعی حالت ظاہر کرتی ہیں۔ اگر لیاٹال کھانسی کے ذریعہ کل کر اوپر آجائے تو اسے نکلنے نہیں چاہئے۔ بالغ میں لیاٹال کو ایک چکاری اور قناطر کے ذریعہ زبان کے اوپر سے ڈالا جاسکتا ہے (۱۵) یا کوکین لگا کر ایک انفی قناطر کے ذریعہ براہ راست جچہ میں ڈالا جاسکتا ہے۔ شعبہ بینی جیسی کشش کے خراج کے عنوان کے تحت بیان کی گئی ہے تشخیص میں نہایت مفید ثابت ہوتی ہے۔

مرزمن سل ریوی (chronic plithisis) سے تفریقی تشخیص کا انحصار باقی کے اندر انفی حصی کی عام موجودگی پر کسی پیش روایت مثلاً ذات الریہ کی سرگزشت یا اور پچھت (cavitation) کی جانے وقوع پر ہوتا ہے جو نہایت شاذ طور پر راسی ہوتی ہے۔ ایک قاعدی تمد و الشعب کو ایسے ڈبیلہ (empyema) سے تمیز کرنا مشکل ہوتا ہے کہ جس کا مواد شعبات کے اندر خارج ہو رہا ہو۔ ممکن ہے کہ سیرگشتہ مریض سے مدوٹے اور نفت الدم سے تمد و الشعب کی تائید ہوتی ہے۔ استقصاء (exploration) سے دونوں صورتوں میں پیپ مل سکتی ہے۔

انذار۔ بمقابلہ سل ریوی یہ بہتر ہے۔ مریض اکثر برسوں زندہ رہتے ہیں اور مقامی حالت میں محض آہستہ آہستہ ترقی ہوتی ہے۔ لیکن وہ ایسی خطہ ناک پیپہ گیوں میں مبتلا ہونے کا امکان رکھتے ہیں جیسی کہ ذات الریہ خراج، گنگرین، عفونت الدم (septicemia)، دماغی خراج (cerebral abscess) اور دوسرے مقامات پر سرورچی پھوڑوں (metastatic abscesses) کا وقوع۔

علاج۔ مقامی طور پر مقصود یہ ہونا چاہئے کہ افراغ (evacuation) میں مدد دی جائے۔ اس غرض سے مریض بستر پر تندرست پہلو پر لیٹتا ہے اور لکڑی کے ٹکڑوں (block) کی وساطت سے اس کے پلنگ کی پانسی کو ایک فٹ اونچا اٹھا دیا جاتا ہے۔ ابتداء یہ میلیت (drainage) روزانہ نصف گھنٹہ کے لئے عمل میں لائی جاتی ہے، اور پھر اس مدت کو تدریج بڑھا کر روزانہ دو گھنٹے تک کر دیا جاتا ہے۔ مریض کے سرینوں کو ٹھیک جگہ پر رکھنے کے لئے ایک فانہ شکل (wedge-shaped) سکیہ استعمال کر سکتے ہیں۔ میلیت کرنے کا جدید العصر طریقہ وہ ہے جو کہ شعبہ بینی (bronchoscopy) کے ذریعہ عمل میں لایا جاتا ہے (ملاحظہ ہو خراج)۔ اس سے

بہت بڑا واقعہ ہوتا ہے، تاہم چونکہ انوبات میں سائنسی تغیر واقع ہو چکا ہوتا ہے، لہذا مریض کو بعد میں اشتدادات واقع ہونے کا امکان ہوتا ہے۔ شعبات کے دفع عفونت (antiseptics) کے لئے روغن نارپین کے ہا قطرے تک دن میں تین بار براہ وین دے سکتے ہیں۔ وافعات عفونت (antiseptics) (ملاحظہ ہو الہتہاب شعبات bronchitis) کے استنشقات مفید ہیں، جن میں کریا سوٹ (crensote) کے بخار کا استنطاق بھی شامل ہے، جو ایک بند کوشک (closed chamber) کے اندر روزانہ پندرہ سے ساٹھ منٹ تک عمل میں لانا چاہئے (Chaplin)۔

کئی جراحی طریقہائے علاج آزمائے گئے ہیں، جن میں مندرجہ ذیل شامل ہیں۔ ایک انفرادی بڑے کپے کی جراحی میلیت (surgical drainage) کہ جو براقتادہ پیلیوں کے استیصال جزئی (resection) کے ساتھ یا بدون استیصال جزئی کے کیجاتی ہے۔ عصب ظہبی کا قلع (phrenic avulsion) اور مصنوعی استرواح الصدر (artificial pneumothorax) جس کے بعد ایک قنولچہ کے ذریعہ سینہ میں روغن زیتون (olive oil) بھردیا جاسکتا ہے جس میں ۵ فی صدی گامینال (gomenol) شامل ہو۔ یہ سچھ مہینے تک بلا جذب ہوئے رہیگا، چنانچہ بڑی مدتوں کے بعد مکرر بھرنے کی ضرورت ہوتی ہے۔ مرضی نختہ کا استیصال (excision) (نختہ برآری: lobectomy) اور شعبہ کا انسداد (occlusion) اس طرف جو کہ کاٹ سے قریب طور پر واقع ہے۔ اُن پیلیوں کا استیصال جزئی جو شش کے شعبی تمدد کے حصے کے اوپر واقع ہوں، تاکہ بہوط (collapse) واقع ہو سکے۔

## حمۃ القش (HAY FEVER) - دمہ (ASTHMA)

198

حمۃ القش ایک نہایت شدید نازلت ہے، جو بالخصوص انفی غشائے مخاطی کو لیکن اکثر شعبی غشائے مخاطی کو بھی متاثر کرتی ہے، اور شعبی نطفہ م عضلی (bronchial musculature) کے انقباضات پیدا کر دیتی ہے۔ دمہ (asthma) اپنے وسیع ترین

مفہوم کے لئے استعمال کیا جائے تو اس اصطلاح کا اطلاق چھوٹے شعبات میں ایک ایسی صورت حالات پر ہوتا ہے جو بڑے شعبات اور شش کے جو فیروں کے درمیان تبادلہ ہوا میں مزاحم ہوتی ہے۔ اس مزاحمت یا رکاوٹ کی نوعیت کے متعلق ہم یقینی طور پر بہت کم معلومات رکھتے ہیں، لیکن آنت یا مثانہ کے سادہ یا مخطط عضلہ کی تھیل سے استدلال کرتے ہوئے ہم قیاس کر سکتے ہیں کہ شعبی عضلہ جو غالباً ہر طبعی تنفس کے دوران میں کس قدر منقبض ہوتا ہے، دمہ کی حالت میں ایک وقت میں منتی طور پر (tonically) منقبض ہوتا ہے اور دوسرے وقت میں اس میں تندرے دار انقباضات اور ارتخاآت (relaxations) واقع ہوتے ہیں۔ غشائے مخاطی کا اذیاء یا املا بھی تسہید پیدا کر دینے میں حصہ لیتا ہے۔ اس تعریف پر سے ہم سمجھتے ہیں کہ دمہ کی اصطلاح اکثر ایک علامت یا شاید علاماتی مخلوط (syndrome) ظاہر کرنے کے لئے استعمال کی جاتی ہے نہ کہ ایک مرض ظاہر کرنے کے لئے، اور یہ علاماتی مخلوط فی الواقع مختلف علامات سے پیدا ہو سکتا ہے۔

**حالت حساسیت (allergic state) - حمۃ القش اور دمہ اکثر ایک ہی قسم کے مرض کے مختلف مظاہر ہیں، جس میں مندرجہ ذیل بھی شامل ہیں :-** ذوری سیلان الانف (paroxysmal rhinorrhoea) عرق حرکی التهاب الانف (vasomotor rhinitis) - وعالی عصبانی اڈیما (angio-neurotic oedema) - ذوری استنہائے مفصلی (paroxysmal hydrarthrosis) - شرشی (urticaria) - ایلرژیا (eczema)، خارش (pruritus) اور حاک (prurigo) کی بعض قسمیں۔ بعض معدی معانی اختلالات - شقیقہ (migraine) اور صرع (epilepsy) کی چند اصابتیں - کس گروہ کے ادا کو مجموعی طور پر سمی خود سرو عارضات (toxic idiopathies) یا حالت حساسیت (allergic state) کے طور پر جماعت بند کیا گیا ہے۔ مریض میں ایک خاص خارجی پروٹین کی حساسیت پیدا ہو جاتی ہے، یہ خارجی پروٹین ایک زہر کی طرح عمل کرتا ہے، جس سے ایک شدید تعامل پیدا ہو جاتا ہے۔ یہ مضابہ ہے اس اثر کے جو مصل کا اشراب ایک ایسے فرد کے اندر کرنے سے پیدا ہو جاتا ہے کہ جس کو اس کے لئے حساس بنا دیا گیا ہو۔ چنانچہ یہ دونوں حالتیں



در اصل ایک ہری نوعیت کی یعنی استہلاک افی (anaphylactic) سمجھی جاتی ہیں (ملاحظہ ہو صفحہ 15 کہ جہاں پرائٹز کسٹنر (Praunitz-Küstner) کا تعامل بھی بیان کیا گیا ہے) لیکن خالص اور سادہ استہلاف (anaphylaxis) کے متعلق یہ ایک صاف بات ہے کہ استہلافی صدمہ (anaphylactic shock) پیدا کرنے کے لئے اینٹی جن (antigen) کا ایک حساس گرا ابتدائی اشرب ہمیشہ ضروری ہوتا ہے، در انحالیکہ فطری طور پر واقع ہونے والے حساسیتی امراض میں ایسی ابتدائی حساسگی (sensitization) کی شہادت نہیں پائی جاتی۔ لیکن ممکن ہے کہ حساسیت (allergy) میں اینٹی جن (جسکی بالکل تھوڑی مقداریں ضروری ہوتی ہیں) ایک خراشیدہ غشائے مخاطی کی راہ سے داخل ہو گیا ہو۔ مثلاً ممکن ہے کہ معدی معوی التهاب (gastro-enteritis) کے دوران میں غیر مبضم شدہ پروٹین، مثلاً انڈے کا پروٹین، معوی خط سے جذب ہو جاتا ہو اور اس طرح اس کشتے کی بیش حساسیت کی ایک مستقل حالت (hyper-sensitiveness) پیدا کر دیتا ہو۔ نیز یہ یقین کرنے کی وجہ موجود ہے کہ ایسی اھابتوں میں معدی ہضم اور نتیجہ پروٹین پاشیدگی (proteolysis) بھی ناقص ہوتی ہے، جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہو کہ پروٹین (proteoses) غذائی خط سے براہ راست ہضم ہو جاتے ہیں اور اسوقت جگر ان پر اس طرح عمل نہیں کر سکتا جیسا کہ اسے کرنا چاہئے (پروٹین پاش : protopexic فعل کا شکل) اور وہ عام دوران خون کے اندر داخل ہو کر استہلاف پیدا کر دیتے ہیں (46)۔ اس میں شک نہیں کہ پروٹینی خراش اور اس ابتدائی ضربہ (trauma) کے علاوہ جس کی راہ سے پروٹین جسم کے اندر داخل ہوتا ہے، حساسیت میں دوسرے عاملات بھی موجود ہوتے ہیں، نیز عصبی علامات اور روشنی کی حساس گری بلکہ اوویہ بھی بلاشبہ اس کی پیدائش میں حصہ لیتے ہیں۔ مثلاً دمہ کے مرنی صدمی مریض ایسپرین (aspirin) کے لئے انتہائی حساسیت ظاہر کرتے ہیں اور اس کی بالکل خفیف مقداروں سے تقریباً ہلاکت کو پہنچ گئے ہیں اور ان لوگوں میں ایسپرین کی خوراک کے بعد خون کے اندر سیسلیکک ایسڈ (salicylic acid) معمول کے نسبت بہت زیادہ حد تک جمع پایا گیا ہے (13)۔ مزید برآں ستمی خورد و مارضات (toxic idiopathies) کا ایک قوی موروثی رجحان بھی ہوتا ہے، اگرچہ ماؤف خاندان کے اراکین مختلف قسم کے سٹاتی مرض ظاہر

کہتے ہیں کہ حقیقتہً ان میں سے ایک سے زائد میں مبتلا ہو سکتے ہیں۔

استہداف کے باب میں بتلایا گیا تھا کہ استہدافی مدرمہ (anaphylactic

shock) حساسی یافتوں کے اندر اینٹی جن اور ضد جسم (antibody) کے باہمی تعامل

(interaction) سے پیدا ہو جاتا ہے، اور یہ کہ اس باہمی تعامل سے بروٹینی سالمات

کی شکست و ریخت واقع ہو جاتی ہے۔ یہ نہایت عجیب ہے کہ ساسیتی امراض

(allergic diseases) میں بعض حیاتی کیمیائی تغیرات (biochemical changes)

دریافت ہوئے ہیں جو اس نطفہ کے نوید ہیں کہ حساسیتی حملہ میں بھی خون کے اندر

پروٹینوز کی زیادتی پائی جاتی ہے اور اس کے نتیجہ کے طور پر استہدافی مدرمہ ہوتا ہے

اور یہ پروٹینی تفرق (protein catabolism) کی زیادتی پیدا کر دیتا ہے (14) اس

حکمہ کے دوران میں کبدی قلت (liver deficiency) اس سے ظاہر ہوتی ہے کہ

خون ایک مثبت بالواسطہ وانٹن بڑی تعامل (positive indirect van den

Bergh reaction) خون میں دیتا ہے اور دمووی شکر (blood sugar) پست لیول پر

ہوتی ہے (45) اور ساتھ ہی ایک ”خون شکن حرجہ“ (haemoclastic crisis) ہوتا

ہے، جو خون کے دباؤ کی تخفیف، قلت خلیات ابیض (leucopenia)، عرصہ تجمید کی

تبدیلی اور روشنی کے لئے مصل کے انعطافی نمایندے (refractive index) کی

تبدیلی پر مشتمل ہوتا ہے۔ اس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ خون میں امینو ایسڈ یورک ایسڈ اور

کریے نین (creatinine) کے اجزاء زیادہ ہو جاتے ہیں اور قارورے میں ان اجمام

کا زیادہ اخراج ہوتا ہے۔ گردوں سے کم پانی خارج ہوتا ہے اور قارورہ بشت

ترشی ہو جاتا ہے۔ کلورائیڈ کا احتباس (retention) ہو جاتا ہے، لیکن سُرخ

جسمت میں کلورائیڈ کم ہو جاتا ہے۔ لیکن سب سے زیادہ اہم یہ ہے کہ قارورہ میں

ایک ”پروٹینوز“ ظاہر ہوتا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 512) جو مریض پر آزمائے سے

(ملاحظہ ہو اگے کا مضمون) ایک نوعی ”جلہ ی تعامل“ (skin reaction) پیدا کرتا

ہے۔ ایسے ربوی مریضوں میں کہ جن کی جلد غذا یا شمو مات (inhalents) سے اخذ

پروٹینوں کے لئے حساس ہے، ۵۰ فی صدی میں مثبت نتائج پائے جاتے ہیں لیکن باقی

ربوی مریضوں میں صرف ۵۰ فی صدی میں۔ صحت مند آدمی شاذ و نادر ہی اپنے پروٹینوز

کے لئے تعامل ظاہر کرتے ہیں، گو کہ ۳۲ فی صدی آدمی ربوی پروٹینوز کے لئے تعامل ظاہر کرتے ہیں جو کہ واضح طور پر بھی (47) - حملہ کے بعد خون طبعی ہو جاتا ہے۔ لیکن ساتھ ہی ایک نمایاں اور ار (diuresis) ہوتا ہے، جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ فارورہ فی الحقیقہ قلوبی ہو جاتا ہے۔ راقم الحروف کی رائے ہے کہ استہدانی صدمہ (shock) پیدا ہو جانے کے سبب سے جو پروٹینی تفرق واقع ہوتا ہے، وہ آمینو ایسڈ کے بہت سے نسبتہ چھوٹے سالمات آزاد کر دیتا ہے، اور یہ بافتوں کا دلوجی مادہ (osmotic pressure) زیادہ کر دیتے ہیں (جو سالمات کی تعداد پر منحصر رہتا ہے نہ کہ ان کی جسامت پر) جس سے پانی کا احتباس واقع ہوتا ہے۔ یہ شری (urticaria) اور عروقی عصبانی اڈیما (angio-neurotic edema) میں بہت نمایاں ہوتا ہے۔ آزاد آمینو گروہوں کی تعدیل کے لئے HCl کی ضرورت ہوگی (اور COOH گروہوں کی تعدیل کے لئے غالباً NaOH کی) جس کا نتیجہ یہ ہوگا کہ نہ صرف کلورائیڈ کا احتباس ہو جائے گا بلکہ جسامت بھی اپنے ذخیرہ کا کچھ حصہ دے دیں گے۔

حمۃ القش منی جون اور جولائی کے مہینوں میں کثرت کے ساتھ واقع ہوتا ہے، جس کی وجہ یہ ہے کہ خشک گھاس کا زیرہ (pollen) جو اس کا سخی عامل ہے اس وقت افراط کے ساتھ ہوتا ہے۔ لیکن اس کے حملے خشک زیرہ کے ذریعہ حساس افراد میں سال کے کسی وقت میں بھی مصنوعی طور پر پیدا کئے جاسکتے ہیں۔ یہ دریافت ہوا ہے کہ حمۃ القش کے مریض مختلف پودوں کے زیروں سے مختلف درجوں میں تعامل ظاہر کرتے ہیں۔ لیکن اس ملک میں گھاس ہی کا زیرہ اہم عامل ہے۔ گرمائیں یہ بفرط ہوتا ہے اور ہوا کے ذریعہ سے لمبے فاصلوں تک منتقل ہو سکتا ہے۔ امریکہ میں بعض مکمانز میٹی (Compositae) کا زیرہ بھی وجہ شکایت ہو سکتا ہے۔ زیرہ طبعی طور پر استنشاق کے ذریعہ انفی اور شعبی غشائے مخاطی پر اپنا اثر کرتا ہے۔ اگر مریض اسے تجربہ نگل لے تو یہ سوہضم اور اسہال پیدا کر دیتا ہے۔

دَمَلہ (asthma) - سمی خود و عارضہ (toxic idiopathy) کی ایک

دوسری قسم حیوانی دے ہیں۔ ان میں مریض ایک گھوڑے کے سبوسہ (dandruff) کی حساسیت رکھتا ہے، اور اگر گھوڑے قرب وجوار میں ہوں تو اسے دمہ کا حملہ ہو جاتا ہے

یا بلکہ اگر وہ سائیموں کی صحبت میں ہو تو بھی اسے حملہ ہو جاتا ہے۔ ایسے افراد میں گھوٹے کے گوشت کے کلمے (sausages) کھانے کے بعد معدی معمولی حملے ہونا بیان سے گئے ہیں۔ "لی" دمہ ("cat" asthma) مشہور چیز ہے۔ اور بھینروں، گائیوں، سورتوں، نرگوشوں، بکریوں، اور پرندوں کے پروں کی حاسیت بھی ہوتی ہے، چنانچہ ایک معمولی تلمیہ پر سونے سے دمہ کا حملہ شروع ہو سکتا ہے۔ ہالینڈ میں حال ہی میں دریافت ہوا ہے کہ عثبات (mites) سے سرایت زدہ غلہ، جو جانوروں کو بہت کھلایا جاتا ہے، دمہ پیدا کرنے کا ایک مؤثر ذریعہ ہے۔

ایک دوسرا قسمی خود رو عارضہ (toxic idiosyncrasy) غذائی اشیاء کی حاسیت ہے اور ممکن ہے کہ ایک خاص نوعی غذائی شے کھانے سے دمہ یا معدی معمولی اختلالات پیدا ہو جائیں۔ دمہ کے مریضوں کا امتحان مختلف غذائی اشیاء کے پروٹینوں کی تطعیم سے کیا جاسکتا ہے۔ اناجوں (cereals) جیسے کہ گہوں، مکئی، جانول، رائی، جو یا آبی (oats) سے مثبت جلدی تعاملات حاصل ہوئے ہیں۔ انا، آٹو کیسین (casein)، جھنکا پھل (lobster)، کتورا پھل (oyster) اور مختلف قسم کی پھل، مختلف قسم کے گوشت، پاک (spinach)، اسٹرابیری سیب، اور دوسرے نباتات اور پھل، ان سب سے مختلف مابوتوں میں مثبت تعاملات پیدا ہو گئے ہیں۔ حاسیتی مریضوں میں "جلدی تعاملات" کے امتحان کے دو طریقے ہیں:-

(۱) تشریط (scarification) کے ذریعہ۔ پیش بازو کی جلد کو صاف کرنے کے بعد اس پر NaOH کے 10/20 یا 20/20 محلول کا ایک قطرہ رکھ دیا جاتا ہے، اور ایک چھوٹے چاقو کی نوک پر پروٹین کی تھوڑی مقدار بصورت سفوف لگا کر اس سیال میں حل کر دی جاتی ہے، اور پھر اس آمیزہ میں سے ایک سطحی چرکا (cut) لے لیا دیا جاتا ہے۔ بیس سے تیس منٹ میں ایک مثبت نتیجہ ظاہر ہوتا ہے، جو ایک شری دوڑے (urticarial wheal) کی صورت میں ہوتا ہے، جو قطر میں نصف سینٹی میٹر اور ایک منطقہ احمرار سے گھرا ہوا ہوتا ہے۔ اس سے بھی کم واضح نتائج کا اندراج ہوتا ہے، کیونکہ وہ تیسری عامل کا پتہ دے سکتے ہیں۔ عیاری نشان (control) بلاشبہ بالکل منفی ہونا چاہئے۔ (۲) دروں جلدی اشراب (intracutaneous injection) کے

ذریعہ مطلق بجلول کی دہ سی - سی مقدار ایک نہایت باریک موٹی سے جو جلد سے تقریباً متوازی پکڑ رکھی جاتی ہے، جلد کے اندر مشرب کی جاتی ہے۔ مانع کا ایک چھوٹا مین ٹکھائی دینا چاہیے، اور طبعی مالح کے ذریعہ ایک عیاری اشراب عمل میں لانا چاہئے۔ پیش بازو کا اگلا حصہ بہترین مقام انتخاب ہے۔ ایک الٹھانی بالینہ مثبت تعامل ظاہر کرتا ہے۔ ان دونوں میں سے دروں جلدی تعامل نسبتہ ساس تر ہوتا ہے، اور اس سے دمہ کے مریضوں کے ایک تناسب میں، جو مختلف ملکوں میں مختلف سے لیکن انگلستان میں بڑا نہیں، مختلف پروٹینی خلاصہ جات [جانوروں کے بالوں غذائی اشیاء زیروں (pollens) کے ذریعہ سے مثبت تعاملات حاصل ہوئے ہیں۔

زہریلی شے دمہ کے مریضوں کی بہت غالب تعداد میں نامعلوم ہوتی ہے۔ یہ محمول الہوا (air-borne) معلوم ہوتی ہے، اور بعض مثالوں میں پھپھوندی (mould) ہو سکتی ہے۔ یہ اکثر دمہ کے مریض کے مکان کے گرد و غبار میں موجود ہوتی ہے۔ یہ کسی ایک مقام میں دوسرے مقام کی نسبت زیادہ موجود ہوتی ہے۔ مثلاً ڈی لینڈ (Zeeland) میں ایسے دیہات ہیں جن میں آبادی کا ایک فی صدی حصہ دمہ میں مبتلا ہے، اور جب یہ لوگ دریائے رباتن کے اوپر کے حصہ کی طرف سفر کرتے ہیں تو ان کا دمہ جاتا رہتا ہے۔ اسی طرح بیشتر دمہ کے مریضوں کو کوہستانی خطوں جیسے کہ آلپس (Alps) میں دمہ کے حملے نہیں ہوتے، اگرچہ کچھ عرصہ تک وہاں رہنے سے ان کی وہ امنیت جو انھیں نسبتہ نیچے حاصل ہوئی تھی جاتی رہتی ہے، اور جب وہ گھر واپس آتے ہیں تو ابتداً ان کے حملے معمول سے زائد شدید ہوتے ہیں۔ آلپس میں حملوں سے ماہ مونیت اس وجہ سے ہوتی ہے کہ وہاں وہ زہر موجود نہیں ہوتا، اور اگر مریض کو گرد و غبار وغیرہ وہاں خاص طور پر لاکر استنشاق کرایا جائے تو حملے مصنوعی طور پر پیدا کئے جاسکتے ہیں۔

( 15 )

متعدد عوامل ہیں جو کہ دمہ کی استعداد رکھنے والے افراد میں فی الحقیقہ ایک حملہ پیدا کر سکتے ہیں، مثلاً اتنی غشائے مخاطی کی خراش، قبض، رچی شکایتیں، غذا سے معدہ کا تمدد، تمباکو نوشی کی زیادتی اور وہ سو، ہضم جو اکثر اس کے ساتھ ہوتا ہے، لبنی غذائیں، موٹوئہ (hair wash) میں کا سیسہ، صبغہ (paint) کی بو، اور بالخصوص

مختلف نفسی حالتیں۔ حملے اس وجہ سے بھی ہو سکتے ہیں کہ مریض ان کی امید رکھتا ہے۔ مثلاً گلاب کے پھولوں کی حاسیت رکھنے والے مریض میں حملہ ایک مصنوعی گلاب کے دیکھنے سے ہو گیا جسے اس نے اصلی سمجھ لیا، اس کے برعکس شدید ہیجان سے حملہ بالکل ترک ہو سکتا ہے۔ حملوں کے ہونے کا امکان اُس وقت زیادہ ہوتا ہے جب کہ مریض تھکے ہوئے ہوں یعنی دن کے اختتام پر۔

دمہ ساری اور محکوس (asthma-infective & reflex)۔ دمہ کی اسما تہوں کا یہ گروہ جس میں اس ملک کے رلوی مریضوں کی غالب تعداد شامل ہے، اوپر بیان کئے ہوئے گروہ سے بالکل مختلف معلوم ہوتا ہے گو کہ دونوں میں کینڈر نٹال موجود ہے۔ یہ دمہ اکثر سن بلوغ یا سن یاس (climacteric) میں شروع ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ فوری پیش رو (precursor) حادثہ شبی الہتاب یا ذات الریہ (pneumonia) ہو، جیسا کہ کالی کھانسی (whooping-cough) یا کھسرا میں ہوتا ہے یا ممکن ہے یہ دمہ جسم کے دوسرے حصوں میں کی سرایت کے باعث واقع ہو۔ یہ دمہ (۱) ان استیای کی حاسیت کے باعث ہے، جو پھیپھڑوں یا دوسرے مقامات میں سرایت کے حقیقی مقام پر جسم کے اندر داخل ہو جاتے ہیں، یا (۲) محض معکوس خراش (reflex irritation) کے باعث ہے۔ (۱) بالفوں میں اس امر کی شہادت ہے کہ فریڈ لینڈر (Friedlander) گروہ کے گرم منفی (Gram-negative) عصیات، کاشت ہونے پر ہسٹامن (histamine) کی قسم کے مادے پیدا کرتے ہیں، اور یہ مادے مسامی طور پر شعبات میں پیدا ہو کر حملوں کا باعث ہوتے ہیں (48)۔ ماسکی سرایت پر نیچے بحث کی گئی ہے۔ (۲) معکوس دمہ ناک سے پیدا ہو سکتا ہے، یہ بروڈی (Brodie) اور ڈکسن (Dixon) کی تحقیقات سے سمجھ لینا بالکل آسان ہے جس نے متعین طور پر ثابت کر دیا ہے کہ انفی غشائے مخاطی کی تریسج ایک معکوس شعبی تنگی پیدا کرتی ہے۔ فی الحقیقتہ بعض اوقات انفی سعدانوں (nasal polypi) کے استیصال اور ناک پر دوسرے اعمال جراحیہ کے بعد دمہ واقع ہو گیا ہے۔

اس گروہ میں ماسکی سرایت (focal infection) کا مقام مفارہ فکی (maxillary antrum) میں ہو سکتا ہے۔ سیطج الہتاب صفاتی (ethmoiditis)

انفی سدانے (nasal polypi)، فاصلی انحراف (septal deviation) "حسیود (ridges) یا ہمیز (spurs) اور مقنول ہڈیوں کی بیش پردہ کی (hypertrophy of the turbinates) موجود ہو سکتی ہے، اور یہ سب ہوائی راستہ میں مزاحمت پیدا کرتے اور سرایت کے وقوع میں مؤید ہوتے ہیں۔ لوزتین اور غدودہ ان اصابتوں کی مقنوری تعداد میں ضروری حصہ لیتے ہیں۔ یقیناً معمولی سرگزشت یہ ہوتی ہے کہ ان پر کم از کم ایک بار جراحی عمل بلا شفا ہو چکا ہے۔ بایں ہمہ ممکن ہے کہ دوسرے راستوں کی جستجو کے بعد عمل جراحی کی ضرورت ہو۔ دانت اور امعاء دوسرے ممکنہ ذرائع سرایت ہیں۔ اس کے بعد ممکن ہے کہ بعض مریض ایسے رہ جائیں جن میں دم کا وقوع "سہیش زکام" (colds in the head) کے ساتھ شروع ہوا اس کے ہمراہ پایا جاسکتا اور جن میں سوائے اس کے کہ ان کی انفی غشائے مخاطی کی قوت مدافعت بظاہر کم ہو گئی ہے اور دوسرا کوئی سبب نہیں بتلایا جاسکتا۔ ان کی حالت اکثر سہما کے ہیمنوں میں خراب تر ہوتی ہے بلکہ زیادہ اور خرخزاں اور اوائل فصل بہار میں جب کہ موسم سب سے زیادہ متکون (capricious) ہوتا ہے، اور اس کے تغیرات ناگہانی اور اختلال آفریں ہوتے ہیں۔ ساری اور ملکوس دمہ کی جو اصابتیں اس ملک میں پائی جاتی ہیں، وہ ماسبق گروہ کی بعض اصابتوں کے خلاف پروٹینوں کے ساتھ امتحان کرنے پر عموماً تعامل نہیں ظاہر کرتیں۔

141

دمہ اور شعبی التهاب - دمہ شعبی التهاب سے تین طرح سے تعلق رکھتا ہے۔ اولاً جہاں ابھی بیان کیا گیا ہے، دمہ عموماً ایک اولی شعبی التهاب کے بعد ہوتا ہے۔ دویم جب کوئی مریض شعبی التهاب کے متوالی حملوں میں مبتلا ہوتا ہے تو ممکن ہے کہ دمہ بتدریج نمودار ہو جائے، ایسی صورت میں دمہ صرف اسی وقت واقع ہوتا ہے جب کہ شعبی التهاب اپنے خراب ترین درجہ پر آگیا ہو اور جب شعبی التهاب بہتر ہو جائے تو دمہ بھی صاف ہو جاتا ہے۔ یہ حالت سر بوی شعبی التهاب (asthmatic bronchitis) کے نام سے مشہور ہے اور یہ حساسیتی ہرگز نہیں۔ یہ اس وجہ سے پیدا ہو جاتی ہے کہ شعبی التهاب غشائے مخاطی کی عصبی نہتھاؤں میں خراش پیدا کر کے، عضلات کا ایک متحامی انقباض پیدا کر دیتا ہے۔ دمہ سل ریوی کے ساتھ بھی ہوتا ہے۔

سویک تحقیقی حاسیتی دمہ کے متواتر حملے ثانوی مزمن شعبی التهاب پیدا کر سکتے ہیں، جیسا کہ بعض علامات میں بیان کیا گیا ہے۔

معمر اشخاص میں سانس پھولنے کے حملے۔ یہ حالت صفحہ 255 پر

بیان کی گئی ہے اور بعض اوقات قلبی دمہ (cardiac asthma) کے نام سے موسوم کی جاتی ہے، یا اگر گردے ماؤف ہو گئے ہوں جیسے کصلابت شریانی والے کھردہ (arteriosclerotic kidney) میں تو کلوئی دمہ (renal asthma) کے نام سے موسوم کی جاتی ہے۔ شمم بولی (uræmia) میں سانس پھولنے کی حالت کو بعض اوقات قسمی بولی دمہ (uræmic asthma) کہتے ہیں۔

علامات - حمۃ القش میں عاوان التهاب الانف (acute rhinitis)

اور التهاب ملتحمہ (conjunctivitis) کے ساتھ غشائے مخاطی کا اذیمہ مسع (lachrymation) اور چھینکیں پائی جاتی ہیں اور پتلی جلد والے اشخاص میں احمرار (erythema) اور شری مہ شدید خارش کے پایا جاتا ہے۔ ساتھ ہی دمہ اور بنیئی اثرات ہو سکتے ہیں جیسے کہ سستی، ذہنی انخفاض (mental depression)، چڑچڑاہٹ درد دماغی سر۔ غالباً دوری سیلان الانف (paroxysmal rhinorrhœa) جس میں مریض کو دوندہ ناک سے بکثرت آبی رطوبت کا اخراج ہوتا ہے، حمۃ القش سے مماثل ہے۔

دمہ - بعض اوقات تنبیہی علامات ہوتی ہیں جیسے کہ بے آرامی کو عام احساس غنودگی، جسمانی آنا (gaping)، ٹھڈی کے نیچے کھجی، چھینکیں اور زکام یا پھیکے رنگ کا صاف پیشاب زیادہ آنا۔ لیکن اکثر اوقات حملہ ناگہانی طور پر اور علی الصباح دواؤں چار بجے کے درمیان شروع ہوتا ہے، اگرچہ ممکن ہے کہ مریض سونے کو جاتے وقت بظاہر بالکل اچھا ہو۔ مریض بھر (dyspnea) کے احساس کے ساتھ جاگ اٹھتا ہے جسکی وجہ اسے بستر پر اٹھ کر بیٹھ جانا پڑتا ہے، یا وہ بستر سے اٹھ کر کھڑکی کھول دیتا ہے تاکہ زیادہ ہوا اندر آ سکے۔ جلد ہی سانس لینے میں ایسی دقت ہو جاتی ہے کہ اسے تنفس کے تمام معین عضلات (accessory muscles) سے مدد لینی پڑتی ہے۔ مریض اپنے ہاتھوں سے اپنے بستر کے بازوؤں کو گری کے بازوؤں کو تختہ آستان (mantlepiece)



کو، یا نیز کہ کنارے کو کھینچ لیتا ہے تاکہ بالائی جوارح سے سینہ کو گزرنے والے عضلات کو ایک مضبوط سہارا حاصل ہو جائے۔ ابتداءً سینہ حالت شہیق (inspiration) میں تقریباً مثبت ہو جاتا ہے اور نہایت خفیف حرکت پائی جاتی ہے، اور استماع کرنے پر عملاً کوئی اصوات تنفس نہیں سنائی دیتے۔ بعد ازاں جب کہ حرکات کی مقدار زیادہ آزادانہ شروع ہونے لگتی ہیں، تو جو چیز سب سے زیادہ نظر آتی ہے وہ زفیر (expiration) کی غیر معمولی طوالت ہوتی ہے، جس کے ساتھ زور سے سائیں سائیں کی آواز (loud wheezing) ہوتی ہے، جو فاصلہ سے سنائی دیتی ہے، لیکن شرح تنفس سست ہوتی ہے۔ سینہ کسی قدر بیش لگلی (over-resonant) ہوتا ہے۔ شہیقی خریر (inspiratory murmur) بشکل سنائی دیتا ہے، یا اس کے ساتھ ایک کثیف صفیری (sibilant) خرخرہ (rhonchus) ہوتا ہے، لیکن زفیر کے ساتھ وہ بلند آواز خرخرہ سنائی دیتا ہے جس کا ابھی ذکر کیا گیا ہے۔ اس کے ساتھ مریض کی تکلیف بہت زیادہ ہوتی ہے۔ اس کا چہرہ ازرق ہو جاتا ہے، آنکھیں نکلی پڑتی ہیں، ملتحات متل (suffused) یا سرخ ہو جاتے ہیں، اور مریض کی ساری توجہ سینہ سے ہو کر خارج کرنے کی کوشش میں جذب ہو جاتی ہے۔ عموماً تپ نہیں ہوتی، کچھ عرصہ کے بعد اور ممکن ہے کہ یہ دو یا تین گھنٹے ہو، مریض کھانا شروع کرتا ہے اور کثیف تپ، شفاف غماط کا نفث کرتا ہے، جس کے ساتھ پھوڑا خون بھی ملا ہوا ہو سکتا ہے۔ پھر تنفس میں نسبتاً آسانی ہو جاتی ہے، زرافہ کم ہو جاتا ہے، بتدریج ساری تکلیف جاتی رہتی ہے، اور مریض کو نیند آ جاتی ہے۔

بُاق (sputum) کے اندر اکثر استوائی یا ہڈی سرخ کے علاوہ وہ اجسام موجود ہوتے ہیں جو مرغولہ جات کرشمان (Curschmann's spirals) کے نام سے موسوم کئے جاتے ہیں۔ یہ زروی مائل سبزیار مادی ذرات ہیں، جو مخاط کے دھاگوں سے بنتے ہیں۔ خردبین کے نیچے یہ پیچ کھائے ہوئے باریک یا موٹے ریشے نظر آتے ہیں جن کے ساتھ ایوسین پسند پیداات لے ہوتے ہیں، اور پیچ میں ہمیشہ ایک شفاف ریشہ ہوتا ہے۔ غالباً یہ باریک تر شعبی انبوبات میں بنتے ہیں۔ دو قسم کی قلیں بھی پائی جاتی ہیں، یعنی کعب قلیں جو کیلیم کاربونیٹ سے بنی ہوئی ہوتی ہیں

(۱۶) اور لمبوتری شش سطحی (hexahedral) قلمیں جن کو شمار کو لیڈن کی قلمیں (Charcot-Leyden crystals) کہتے ہیں جو کیلیئم فاسفیٹ سے بنتی ہیں اور بعض اوقات مرغولہ جات میں پائی جاتی ہیں۔ خون کے ایوسین پسند سپید خلیات

تعداد میں زیادہ ہو جاتے ہیں۔ دمہ کا ہر دورہ دو یا تین گھنٹوں سے لے کر اتنے ہی دنوں تک جاری رہ سکتا ہے۔ طویل یا مختصر فصول کیا تھے ان کا وقوع بہت کچھ انکے اسباب محرکہ (exciting causes) پر منحصر ہوتا ہے، یعنی ایک مختاطہ مریض جو یہ جانتا ہے کہ ان چیزوں سے جو دورہ پیدا کر دیتی ہیں کیونکر محترز رہنا چاہئے، طویل عرصوں تک محفوظ رہ سکتا ہے۔ اس بیماری کی مدت بھی نہایت مختلف ہوتی ہے۔ ایسے بہت سے لوگ جو بچپن میں مبتلا ہوتے ہیں بالغ عمر میں شفا یاب ہو جاتے ہیں۔ خود تلے مشاوری مہلک ہوتے ہیں اور ایسے حملوں کا گاہے بگاہے وقوع جو نہایت شدید نہوں مضر صحت نہیں ہوتا۔ لیکن کثیر الوقوع دورے شش کا نفاخ (emphysema) اور بالآخر اس کے ساتھ شعبی الہاب پیدا کر دیتے ہیں جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ کم و بیش کبھی پیشہ ہو جاتی ہے جس کے ساتھ شانے گول سینہ بریل نما (barrel-shaped) اور تنفس بالجمہد (laboured) ہوتا ہے اور یہ خصائص وہ ہیں جو کہ خود دوروں کی انشائیں مشاہدہ میں آتے ہیں۔ اس سے عمر گھٹ جاتی ہے اور شعبی الہاب کی شدید تر شکلوں میں مبتلا ہو جانے کا رجحان بڑھ جاتا ہے۔

تشخیص - حمۃ القش کی تشخیص میں یہ یاد رکھنے سے مدد ملے گی کہ یہ موسم گرما کے اول نصف میں ہوتا ہے۔ دمہ کی صورت میں اگر سرگزشت مرض تنفس کی نوعیت اور اس کے حملہ کے آغاز کا بغور مطالعہ کیا جائے تو تشخیص آسان ہوتی ہے۔ مرض قلب صدری اور سہا اور حنجری تسد (laryngeal obstruction) میں بہر کے ناگہانی حملے دمہ سے قریبی مشابہت رکھ سکتے ہیں۔ ہسٹیریا فی حملے بھی اس سے مشابہ ہو سکتے ہیں۔ اس امر کی دریافت کے لئے کہ آیا مریض کسی خاص حاجی پر روین کی حساسیت رکھتا ہے، جلدی تعاملات (skin reactions) وسیع طور پر مستعمل ہیں۔ ضد سمی مصل (antitoxic serum) کا اثر اب کرنے سے پہلے ایسا امتحان کھوئے کے

مصل کے لئے کر لینا چاہئے، کیونکہ اس اشراب سے بہت سے ربوی مریض ہلاک ہو گئے ہیں۔ دمر عنوی مرض کا نتیجہ بھی ہو سکتا ہے اور یہ مر شعبہ بینی (bronchoscopy) کے فدییم دریافت ہو سکتا ہے۔

تھمیر۔ حمۃ القش اور ذمہ دونوں میں خاص مقصد علاج حملوں کی روک تھام ہے۔ حمۃ القش میں گھاس کے زمانہ (hay-time) میں اضلاع میں رہنے سے معزز رہنا چاہئے۔ اگر مریض باہر جائے تو آنکھوں یا ناک پر ایک نقاب (veil) پہن لے۔ شکستہ ہیں کہ گیلیم لیکٹیٹ (calcium lactate) کے داخلی استعمال سے حمۃ القش کے لئے حمایت کم ہو جاتی ہے۔ ناک کی غظام مغتولہ (turbinals) پر کے بعض مقامات کو کوکین لگانے کے بعد کواؤ برقی (electric cautery) سے آہستہ سے چھوکر مہیج کیا جاتا ہے۔

جذری علاج (vaccine therapy) کے اصول پر بہت کچھ کام کیا گیا ہے۔  
(18)۔ مریض جس زیرہ کی حساسیت رکھتا ہے اُس زیرے کے مرقع خلاصہ جات کے تحت الجلدی اشراب سے بہت سی اصابتوں میں علامات میں تخفیف اور حساسیت میں کمی کی جاسکتی ہے۔ دس لاکھ میں ایک حصے والا آبی محلول ایک اکائی (یونٹس) کے طور پر پانچ لاکھ میں ایک حصہ والا دو اکائیوں کے طور پر ایک لاکھ میں ایک حصہ والا دو اکائیوں کے طور پر لیا گیا، اور علیٰ ہذا متوقع حملہ سے رجحان دو یا تین ہفتے پہلے نہایت کمزور محلول کی ایک سی سی کا اشراب کر دیا جاتا ہے اور بڑھتی ہوئی مقداروں کا یا بڑھتی ہوئی طاقت کے محلولات کی سی ایک سی سی کی مقدار کا ہر تیسرے یا چوتھے دن اشراب کیا جاتا ہے، یہاں تک کہ بارہ یا زائد خوراکیں دیدی جائیں۔ شخصی حساسیت کے امتحان کے لئے فریمن (Freeman) اکائیوں میں محلول کی وہ طاقت دریافت کرتا ہے، کہ جس سے عیسنی تعامل (ophthalmic reaction) حاصل ہو جائے، اور اسی طریقہ امتحان سے وہ اپنی بعد کی خوراکیوں کی تنقیح کرتا ہے۔ معلوم ہوتا ہے کہ ہزار میں ایک حصہ والا محلول، اتم طاقت ہے جو مناسب ہے۔

وعدہ کے متعلق اہم ترین امر یہ ہے کہ حتی الامکان کامل ترین حالتِ صحت میں رہنا چاہئے۔ بالخصوص کام کی زیادتی سے پرہیز کرنا چاہئے۔ باقاعدگی کے ساتھ

ورزش (exercise) کرنی چاہئے اور تعطیلات کافی لینی چاہئیں۔ بعض اشخاص ایسے ہیں کہ جو لندن اور بڑے شہروں میں دوروں سے مصروف رہتے ہیں، لیکن اگر وہ اطلاع میں رہنے کی کوشش کریں تو انہیں فی الفور دورہ ہو جاتا ہے۔ اس کے برعکس وہ سرے اشخاص ایسے ہوتے ہیں صرف اطلاع میں رہ سکتے ہیں، اور اگر شہروں میں رہیں تو انہیں دوسرے دورے ہو جاتے ہیں۔ اسی طرح سمندر کی ہوا بعضوں میں دوسرے پیدا کر دیتی ہے اور دوسروں کو اچھا کر دیتی ہے۔ کسی مریض کے متعلق یہ واقعات تحفہ تجربہ کرنے سے معلوم ہو سکتے ہیں۔ عموماً مریض اپنی زمین پر بہتر رہتے ہیں۔

اس کے بعد جو امور فور طلب ہیں وہ یہ ہیں کہ کس طرح غذا میں اعتدال اور احتیاط عمل میں لائی جائے۔ غذا ہلکی اور یہ آسانی ہضم ہونے والی ہونی چاہئے۔ شب کا کھانا بھاری نہ ہونا چاہئے۔ اور وقتاً فوقتاً خالص خالص غذاؤں، مثلاً پنیر، مٹھائیوں، سورتے گوشت، برتن کو غذا سے خارج کر کے دیکھنا چاہئے کہ ان میں سے کوئی شے نقصان رساں تو نہیں ہے۔ سینکلی ہوئی ڈبل روٹی (toasted bread) اور خوب سینکے ہوئے بکٹ کھانے چاہئیں۔ نشاستہ آمیز (farinaceous) غذاؤں کو پانی میں اُبالنا چاہئے نہ کہ دودھ میں۔ دودھ کی دوسری غذاؤں، مثلاً بیج کی غذا سے پرہیز کرنا چاہئے۔ جگر کے فضل میں مدد دینے کے لئے لیمو یا سنگترہ کے ساتھ ایک ایک ڈیکسٹروز (dextrose) دن میں تین بار بخور کرنا چاہئے۔ جب مریض تریہ ہو تو ایک قلیل الحارہ غذا (low calorie diet) کی ضرورت ہے۔ اگر معلوم ہو جائے کہ مریض کسی خاص پروٹین کی حساسیت رکھتا ہے تو اس شے سے پرہیز کرنا لازم ہے، یا اگر ایسا کرنا مشکل ہو تو اس خاص پروٹین سے حساسیت ربائی (desensitization) عمل میں لانی چاہئے۔ پروں سے تعامل ظاہر کرنے والے مریضوں کے لئے ایک سیل کی روٹی کا تکیہ (capoc pillow) تجویز کیا جاتا ہے۔ غیر نوعی پروٹینی علاج (non-specific protein therapy) کے ذریعہ سے اچھے نتائج حاصل ہوئے ہیں۔ ایک لاکھ میں ایک طاقت والی کاخ کی ٹی۔ ڈی۔ اے ٹیوبرکولین (Koch's T. D. A. tuberculin) کے ایک سی۔ سی کے ہفتہ وار

تحت الجلدی اشرب استعمال کئے گئے ہیں (19)۔ پیپٹون (peptone) کے اثرات  
 آر مور کے نمبر ۲ پیپٹون (Armour's No. 2 peptone) کی شکل میں، دروں عضلی یا  
 دروں وریدی راہ سے ہفتہ میں دوبار عمل میں لائے جاتے ہیں۔ پہلی خوراک ۳ و ۵  
 سی۔ سی۔ ہے، اور یہ تدریج بقدر ۲ و ۵ سی۔ سی۔ بڑھائی جاتی ہے، اور اتم مقدار  
 خوراک ۲ یا ۵ سی۔ سی۔ ہے۔ اتم مقدار خوراک وہ ہے جو تعامل پیدا کرتے کرتے  
 ناکام رہ جائے، اور اشرب کے چار یا پانچ گھنٹے کے بعد تیش کا امتحان کر کے دیکھنا  
 چاہئے کہ وہ بلند تو نہیں ہو گئی ہے (20)۔ بعض اوقات ہر کھانے سے ٹھیک پون گھنٹہ  
 پہلے پیپٹون (۵ و ۱۰ گرام) براہ دہن لینے سے کامیابی ہوتی ہے۔ مریض کے اپنے  
 پروٹینوجن جو کہ اس کے پیشاب سے تیار کئے جاتے ہیں، تغیر پذیر کامیابی کے ساتھ  
 آزمائے گئے ہیں۔ دوسرے نہایت مختلف الاقسام طریقے بیان کئے جاسکتے ہیں جو شائد  
 ایک عمومی تعامل پیدا کر کے عمل کرتے ہیں جس سے مریض کی عارضی طور پر حاکمیت  
 ربائی ہو جاتی ہے۔ سونے کو جانے سے پہلے بیس منٹ کے عرصہ کا گرم غسل، جس کی  
 تیش ۹۸ درجے سے ۱۰۶ درجے فارن ہائٹ تک بڑھتی ہو، ممکن ہے کہ شبانہ حلوں کو  
 روک دے۔ جلد کے ایک رقبہ پر وراؤ بنفشی روشنی (ultra-violet light) کی ایک  
 ”احمراری معناد“ (”erythema dose“) یا لاشاعوں میں تکشف اسی طرح سے عمل  
 کر سکتا ہے (21)۔ ہائٹ ڈورے (Mont Dore) میں ایک گرم مرطوب کرہ ہوائی میں  
 تکشف استعمال کیا جاتا ہے۔ بعض اوقات فاصل الانف کو مکواۃ برقی سے آہستہ سے  
 چھڑنے سے حلے رک جاتے ہیں، اور یہ اس وقت نہایت مفید ہوتا ہے جب کہ  
 ناک میں کوئی تشوہ (deformity) یا سدانے (polypi) ہوں اور انکماش صغط و موی  
 (systolic blood pressure) بلندی کی طرف مائل ہو (۱۲۰ تا ۱۶۰ ملی میٹر)۔ دمیں  
 ناک کے سدانوں (polypi) کو کسی بھی حالت میں ہنسیں نکالنا چاہئے (18)۔ ایسے  
 ہو ابند کو شک تعمیر کئے گئے ہیں جن میں مریض سوتا ہے اور ۱۰۰ فیٹ کی بلندی سے  
 کھینچی ہوئی ہوا جو مزید برآں تبرید کے ذریعہ مولڈز (moulds) سے اور بھی پاک  
 کر لی گئی ہو، ترویج کے لئے استعمال کی جاتی ہے۔ یہ رائے پیش کی گئی ہے کہ چونکہ مریض  
 چوبیس گھنٹوں کے بیشتر حصے میں ان کرہ ہوائی مادوں سے محفوظ رہتا ہے، لہذا وہ

حلول سے مستعمل رہتا ہے (22)۔ لاکر آرسینیکیس (liquor arsenicalis) فی خور  
۵ قطرے (mm.)، برومائڈز (bromides) اور بالخصوص پوٹاسیم آیوڈائیڈ روزانہ ۳۰  
گرین تک کی خوراکوں میں یہ سب حلوں کا آغاز روکے کے لئے نہایت مفید ادویہ  
ہیں بلوٹل (calomel) کی تھوڑی خوراکوں سے ہلکے ہمال لانا بھی مفید ہوتا ہے  
اور سیلال (salol) اور دوسرے موافقہ اخراجات (intestinal disinfectants) بھی استعمال لئے گئے ہیں۔

جب ذمہ سہاریت کے ہمراہ پایا جائے تو دوسرے مستزاد طریقہ علاج میسر  
ہیں۔ زکام (coryza) کا علاج پیرافین اور ویسلیس کے اس آمیزہ سے کرنا چاہئے جو  
صفحہ 196 پر بیان کیا گیا ہے۔ بلاق یا انفی انزات سے خود زاد جدریسات  
(autogenous vaccines) تیار کئے جاسکتے یا ایک مذخورہ جدرین (stock  
vaccine) استعمال کی جاسکتی ہے۔ ان کے استعمال کا بہترین طریقہ دھرون حلدی  
(intracutaneous) ہے، اور مقامی تعامل کی مقدار سے مقدار خوراک کے  
متعلق رہنمائی حاصل ہوتی ہے۔ عفونی ماسکات (septic foci) کی تلاش و تدارک  
کرنا چاہئے۔

علاج - حمۃ القش کے لئے موریل مکینری (Morell Mackenzie)  
آنکھوں اور ناک میں کوکین کے ۴ تا ۶ فی صدی محلول کے رشاش (spray) کی سفارش  
کرتا ہے۔ ناک کی صورت میں اس کے بعد روزانہ ایک ویسلیس آمودہ ماروغن آمودہ  
شمعہ (bougie) فرش اف کے برابر برابر داخل کر کے پہلے دس منٹ کے لئے اور آٹھ بعد  
بندیرج بڑھتے ہوئے عربوں کیلئے حتیٰ کہ نصف گھنٹہ یا زائد عرصہ کے لئے اندر چھوڑ دیا جاتا  
ہے۔ آڈرینین ہائڈروکلورائیڈ (adrenin hydrochloride) کے ۰.۰۰۵ میں احصہ  
طاقت والے محلول کا ناک یا حلق میں رشاش کیا جاسکتا ہے۔ جہاں مزمن پیش پروشی  
التهاب انف (chronic hypertrophic rhinitis) موجود ہو وہاں متورم غشائے  
خاطی پڑ کوکین کے ۲ فی صدی محلول کے ابتدائی استعمال کے بعد گیلوانائی کوآ (galvano-  
cautery) کا استعمال کرنا بہ سرعت شفا بخش معلوم ہوتا ہے۔

دوا کا حکم روکنے کے لئے آڈرینین ہائڈروکلورائیڈ (۰.۰۰۱ میں احصہ) کے

۲۲ قطروں کا اشراب نہایت یقینی علاج ہے، اگرچہ اُس کے ۱۰ بلکہ ۵ ملی میٹر کا دوسرا  
عضلی اشراب بھی کیا جاتا ہے۔ ۱۰۰۰ میں ایک حصہ ایڈرینالین (adrenaline) کا شل  
کہ جسمیں فی اؤنس، اربعہ کلکسہرین، ۵۰ فی صدی کلورٹون اور ۲ قطرے سلفرکس ترشے  
(sulphurous acid) کے ملے ہوئے ہوں ایک سہولت وہ طریقہ استعمال ہے۔ مرشہ کو ہاتھ  
یا پیپ کے ذریعہ چلایا جاتا ہے یا ایک استوانہ (cylinder) میں کی آکسیجن کو بطور قوت  
محک کے استعمال کیا جاتا ہے۔ ایڈرینین کی تالیفی قطیں (synthetic crystals)  
(ایلی گرام) زبان کے نیچے رکھ کر جذب کرائی جاسکتی ہیں۔ کیفین آئیوڈائیڈ (caffeine  
iodide) (۱/۴ گریں) یا پائراڈان (pyramidon) (۱/۴ گریں) اور ایفیدرین  
(ephedrin) (۱/۴ گریں) براہ دہن لی جاسکتی ہے۔ ایل نائٹرائٹ (amyl nitrite)  
بھی عام طور پر منگھی جاتی ہے یا صنفیہ تیج صحرائی (tr. lobelia eth.) صنفیہ جوز مائل  
(tr. stramon) صنفیہ لفاح (tr. belladonna) کلورل ہائڈریٹ (chloral hydrate)  
(۱/۴ گریں) یا نائٹرو گلیسرین (nitroglycerine) کی اتم  
قرابادنی خوراکیں براہ دہن دی جاسکتی ہیں۔ ایک نہایت عام طریقہ علاج یہ ہے کہ  
نائٹریٹ کے محلول (nitre solution) میں سیر شدہ کاغذ کو خشک کر کے اور اُسے جلا کر  
اُس کے بخارات کا استنشاق کیا جائے یا جوز مائل (stramonium) کے کٹے ہوئے  
پتوں سے بنائے ہوئے سگریٹ چنے جائیں یا جوز مائل کے دوسرے بجز استعمال  
کئے جائیں۔ استنشاق (inhalation) یعنی دھواں لینا باقاعدہ علاج کرنے کا ایک  
بڑا طریقہ ہے کیونکہ اُس سے شعبی غشائے مخاطی میں خراش پیدا ہو کر شعبی التهاب  
(bronchitis) نمودار ہو جاتا ہے۔

مریض کو ایک آکسیجنی خیمہ (oxygen tent) کے اندر آکسیجن (oxygen)  
اور کاربن ڈائی آکسائیڈ (carbon dioxide) دے کر حالت (status asthmaticus)  
کو واقع ہونے سے روکا جا چکا ہے (49)۔ مصنف نے دروں ریوی دباؤ کو بڑھا کر چند  
حملے روک دیے ہیں (ملاحظہ ہو ریوی تیج)۔ اگر بہت شعبی التهاب ہو تو آکسیجنی خیمہ  
بلا کاربن ڈائی آکسائیڈ کے نفع بخش ثابت ہوتا ہے۔

## بڑے شعبات کا تسد

جہاں تک پچکاؤ کے مختلف اسباب کا تعلق ہے، دو بڑے شعبات قصبۃ الریہ سے قریبی مائلت رکھتے ہیں، اور جو کچھ قصبی تسد کے عوامل کے تحت کہا گیا ہے اس میں سے بہت کچھ یہاں مکرر بیان کیا جاسکتا ہے۔ پچکاؤ یا تنگی (stricture) کے باعث جو تسد پیدا ہوتا ہے وہ ریوی سرطان، انورسما، اجسام غریبہ یا ایسے شعبی غدود کا نتیجہ ہوتا ہے جو حیثیت بالیدگی سے یا تجبن (caseation) اور تسج (suppuration) سے بڑے ہو گئے ہوں۔ نسبتاً کم عام طور پر مری کا سرعہ علی سلعہ (epithelioma of the oesophagus) نمذیہ (gumma)، بلکہ ایک متع بایاں اذین بھی شعبہ کو دبا سکتا ہے۔ یہ امر اہم ہے کہ محراب اور مری کے انورسماتے بایں شعبہ کے پچکاؤ کا خاص امکان ہے، کیونکہ بایاں شعبہ اسی محراب کے نیچے سے گزرتا ہے۔ چونکہ دایاں شعبہ نسبتاً بڑا ہوتا ہے، لہذا اجسام غریبہ بہ زیادہ اکثر اسی کے اندر گر جاتے ہیں۔ اور چونکہ دونوں شعبات کے درمیان فصل پیدا کرنے والا حید خط وسطی سے کیقدر بایں جانب کو ہوتا ہے، لہذا قصبہ کے مرکز میں گرنے والے اشیاء اس کی دائیں شاخ کے اندر چلے جاتے ہیں۔ ممکن ہے کہ کھانسنے میں وہ قصبہ کے اندر دھکیل دئے جائیں اور اسی یا متقابل شعبہ کے اندر واپس گر جائیں۔

شعبہ کے تسد کے بعد شش کے مناظر چھٹے اور اس شعبہ کے بعدی تقاسمات میں اہم تغیرات واقع ہو جاتے ہیں۔ بالآخر ہر اصابت میں یہ شش مہبوط ہو جاتا ہے کیونکہ جب ہوا کا باہمی تسب اولہ تمام تر موقوف ہو جاتا ہے تو باقی ماندہ ہوا کو ریوی عروق جذب کر لیتے ہیں۔ آخر کار ریوی لیغیت پیدا ہو جاتی ہے۔ ایک سریع الوقوع کامل تسد میں، جیسا کہ ایک جسم غریب کے انغراز (impaction) سے ہو جاتا ہے، یہ مہبوط بہت جلد واقع ہوتا ہے، لیکن جب یہ پچکاؤ بتدریج ہوتا ہے، جیسے کہ ایک انورسمائی ساچہ (aneurysmal sac) کی صورت میں، تو ابتداء ہوا سے شش کا انتفاخ ہوتا ہے جس سے ممکن ہے کہ قلب اپنی جگہ سے باہر دھکیل دیا جائے اور ڈائفرام نیچے کی طرف



ہٹ جائے (Newton Pitt)۔ ایک ڈھیلا جسم غریب بھی، ایک گولہ گھسدا صراع (ball & socket valve) کی طرح عمل کر کے، ایسا ہی اثر پیدا کر دیتا ہے۔

اس کا ایک اور اثر قلمداد الشعب (bronchiectasis) ہے جو دو یا تین باہ کے عرصہ میں نمودار ہو سکتا ہے۔ جب جسم غریب ایک پی نٹ (pea-nut) ہو تو بالکل جلد ہی نہایت خطرناک التهاب پیدا ہو جانے کا اندیشہ ہوتا ہے۔ اجسام غریب بذیل کی دیگر پیچیدگیاں پیدا کر سکتے ہیں۔ پھوڑے، اور حاد اصابتوں میں کبھی کبھی استرواح الصدر (pneumothorax) یا تقیمی استرواح الصدر (pyo-pneumothorax) اور طویل المدة قائم شدہ اصابتوں میں تقيج الصدر (empyema) یا اور فنت الدم (haemoptysis) (23)۔

علامات اور طبیعی امارات۔ یہ تشدد کے وجہ اور اس کی پیدائش کی سرعت کے لحاظ سے مختلف ہوتے ہیں۔ اور چونکہ مقابل انبوہ اکثر غیر مآؤف ہوتا ہے اور اس طرح صرف نصف تنفسی رقبہ میں مداخلت ہوتی ہے، لہذا وقوع ہلاکت سے پہلے شعبہ زیادہ کامل طور پر مردود ہوتا ہے اور قصبۃ الریہ اتنا کبھی نہیں ہوتا۔

ابتداء سکون یا مشقت کی حالت میں بُہر (dyspnoea) ہی ایک مستقل علامت ہوتی ہے، اور کبھی کبھی صرصرہ (stridor) اور خفیف نفث الدم ہوتے ہیں۔ لیکن دونوں بڑے شعبات میں سے کسی ایک کا تشدد انصناق (asphyxia) کے ویسے ہی دورے پیدا کر سکتا ہے جیسے کہ قصبی تشدد میں واقع ہوتے ہیں۔ تشدد الشعب نمودار ہو جانے پر کھانسی بدبودار بساق کا نفث اور جموی تعال نمایاں علامتاں ہوجاتی ہیں۔ خاص طبیعی امارت حویصلی خریر (vesicular murmur) کی غیر موجودگی

145

یا اس کی انتہائی کمزوری ہے، جو مقابل جانب پر بڑھے ہوئے اصوات تنفس کے مقابلہ میں شدید تضاد پیش کرتی ہے۔ یہ بعض اصابتوں میں کچھ وقت کے لئے ایک ہی منفرد طبیعی امارت ہو سکتی ہے، کیونکہ ممکن ہے کہ گمک کامل طور پر طبعی ہو۔ لیکن ان اصابتوں میں جن میں شش کا انتفاخ واقع ہو جاتا ہے، قرع کر سنے پر بیش گمک موجود ہوگی، اور ساتھ ہی یہ گمک قلبی رقبہ تک پھیلی ہوئی ہو کر طلب کی

لے ایک پھیل جو کہ کھائے اور تیل نکالنے کے کام آتی ہے (سٹینڈرڈ ڈکشنری - عبدالحق)۔

غیر وضیعت کا ثبوت موجود ہوگا جس کا نتیجہ یہ ہو سکتا ہے کہ استرواح الصدر (pneumothorax) کے ساتھ قریبی مشابہت ہو جائے۔ ان اصابتوں میں بالآخر اور دوسری اصابتوں میں نسبت بہت جلد ہوا کے جذب ہو جانے پر ماؤف قاعدے پر اصمیت (dulness) ہوتی ہے اور ساتھ ہی لمسی ارتعاش گھٹا ہوا ہوتا ہے۔ یہ بڑھ کر یہ حالت ہو سکتی ہے کہ اصوات تنفس (breath sounds) دلنے کے اصوات (voice sounds) لمسی ارتعاش اور قریبی ملک تمام غائب ہوں۔ اگر تمدن الشعب کے کہنے بڑی حد تک بن جائیں تو مندرجہ بالا طبیعی امارات کے بجائے ایک یا دو سرے چھوٹے رقبہ پر قطبی قریبی سر کہنی تنفس (cavernous breathing) پھینکنے والے (crackling) متغیر (gurgling) لفظات (râles) شعبہ صوتی (bronchophony) اور صدر کلامی (pectoriloquy) موجود ہو سکتے ہیں۔

تشخیص - عمدہ ملک کے ساتھ سینہ کی ایک جانب پر اصوات تنفس کی تقریباً کامل غیر موجودگی کا اختراع مناظر شعبہ کے تسدو کی نہایت مخصوص و مبینہ علامت ہے۔ جب تسدو کے ساتھ صرصرہ (stridor) موجود ہو تو اس پر غلطی سے شعبی التهاب کا گمان ہو سکتا ہے۔ متذکرہ بالا سبب سے ہونے والا صرصرہ (stridor) مستقل اور یکساں نوعیت کا ہوتا ہے، کیونکہ وہ ایک واحد نقطہ تسدو سے پیدا ہوتا ہے، لیکن شعبی التهاب کے خرخرات (rhonchi) اپنی بلند (loudness) درجہ ارتقاع (pitch) اور مقام وقوع میں ہمیشہ بدلتے رہتے ہیں۔

شعبہ کے ایسے چکاو میں جس کے ساتھ شش کا انتفاخ ہو، شش ملک کی موجودگی اور ساتھ ہی اصوات تنفس کی غیر موجودگی کے باعث استرواح الصدر (pneumothorax) کی غلط تشخیص کی گئی ہے۔ ایسی اصابتوں میں ممکن ہو کہ شعاع نگاشت (radiogram) سے چکاو کی حالت میں انورسائی موجودگی یا استرواح الصدر کی حالت میں ریڑھ کی جانب باز کشیدہ (retracted) شش کی موجودگی ظاہر ہو جائے۔

لیکن اس کے برعکس جب صیق (stenosis) شش کا کم و بیش جھوٹ (collapse) پیدا کر دیتی ہے، جیسا کہ اس کو بالآخر پیدا کرنا ہی چاہئے، تو طبیعی امارات ان علامات سے مشابہ ہوتے ہیں جو ایک جزو جذب شدہ پھیورائی انصباب

(pluritic effusion) کے باعث ہوتے ہیں، اور ایسی صورت میں آخری فیصلہ کے لئے ایک استقصائی بھکاری (exploring syringe) کی ضرورت ہو سکتی ہے۔ جہاں اجمام غریبہ کا سوال ہو تو بلاشبہ سرگزشت مرض پر احتیاط کے ساتھ غور کرنا چاہئے۔ بہت سے اجمام غریبہ لاشاعوں سے غیر شفاف نظر آتے ہیں۔ مناسب اصابوں میں شعبہ بین (bronchoscope) استعمال کرنا چاہئے۔ انداز۔ اس کا انحصار تشدد کی نوعیت اور انتہائی معامل کے درجہ پر ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ شش میں کسی جسم غریب کی انتہائی برداشت پیدا ہو جائے جیسا کہ اس واقعہ سے ظاہر ہوتا ہے کہ ایسی اصابیں موافق تمدن و الشعب اور کیفیت شش کے ساتھ چھتیس سال تک قائم رہی ہیں (23)۔ علاج۔ قصبہ کے تشدد کے علاج سے مشابہ ہے۔

## ششوں کا نفاخ

(EMPHYSEMA OF THE LUNGS)

نفاخ کی اصطلاح (emphysema) بمعنی اندر اور (pneuma) بمعنی ہوا) بجا طور پر ہوا کی اس وعاءداری کو ظاہر کرنے کے لئے استعمال کی جاتی ہے، جو کہ تحت الجلدی اور دوسری بافتوں کے اندر (جراحی نفاخ = surgical emphysema) یا پھیپھڑوں کی بین لٹکی یا بین خلائی بافت کے اندر (بین خلائی نفاخ = interstitial emphysema) ہو۔ اس مرض شش کے لئے جس پر اب بحث کی جائے گی اس کا اطلاق بہت کم موزوں ہے، تاہم طبی محاورہ میں یہ عموماً اسی مرض کے لئے محفوظاً بھی جاتی ہے۔ شش کے جو فیروں میں قدرتی طور پر بھی ہوا ہوتی ہے۔ زیر بحث مرض میں وہ غیر طبعی طور پر منتقل ہو جاتے ہیں، اور یہ کہہ سکتے ہیں کہ ان میں حد سے زائد ہوا موجود ہوتی ہے۔ اس حد تک تو نفاخ (حویلی نفاخ = vesicular emphysema) کا نام بجا ہو سکتا ہے۔ تاہم جو فیروں میں (alveolar ectasis) کا نام جویش کیا گیا ہے، نسبتاً زیادہ صحیح ہے۔

بحث اسباب اور امراضیات - نفاخ کی پیدائش میں کئی عاملات

حصہ لیتے ہیں۔ ان میں سے بعض مزمن سببی التهاب (chronic bronchitis) میں کارفرما ہوتے ہیں جو اس حالت کا سب سے زیادہ عام سبب ہے۔ (۱) کھانسنے کے فعل سے ذرا پہلے بندھ مار (glottis) کے پیچھے پھیپھڑوں میں دباؤ زیادہ ہو جاتا ہے۔ یہ امر دموی رسد میں اس لئے مداخلت کرتا ہے کہ ریوی خون کا دباؤ کم ہوتا ہے۔ اس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ رفتہ رفتہ شش کی بافت کا انحطاط واقع ہو جاتا ہے

146

(۲) کھانسنے کے اختتام پر ایک گہرا شہیق (inspiration) لیا جاتا ہے جس سے جو فیروں کا ارتعاج ہو جاتا ہے، اُن کی دیواریں تن جاتی ہیں اور عروق شہیریہ تنگ ہو جاتے ہیں اور اس کا بھی یہی نتیجہ ہوتا ہے کہ دموی رسد میں مداخلت ہوتی

ہے۔ (۳) عضلات جو قوت دوران شہیق میں بروئے کار لاتے ہیں وہ اس قوت کی بہ نسبت زیادہ ہوتی ہے جو کہ دوران زفیر (expiration) میں بروئے کار لائی جاتی ہے، کیونکہ آخر الذکر فعل زیادہ تر پھیپھڑوں کی پلکدار بازگشت (elastic recoil) ہی کی وجہ سے ہوتا ہے۔ اگر شعبات افراز سے جزئی طور پر سدود ہوں تو بادبو

اس سدود کے دوران شہیق میں ہوا جو فیروں کے اندر کھینچا جاسکتی ہے لیکن دوران زفیر میں پھر اُن سے باہر نہیں نکل سکتی۔ نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ جو فیروں مستقل متنفخ ہو جاتے ہیں۔ یہی عامل دمہ کی حالت میں بھی بروئے کار آتا ہے، جہاں دمہ شہیقی عضلات کے انقباض کے باعث پیدا ہو جاتا ہے۔ یہ سدود ایک مصراع کے طور پر عمل کرتا ہے، یعنی ہوا کو اندر تو آئے دیتا ہے لیکن پھر باہر نہیں جانے دیتا۔ (۴)

خیال کیا جاتا ہے کہ شیشہ گروں یعنی کانچ پھونکنے والوں (glass-blowers) پھونک کر باجا بجانے والوں اور ان لوگوں میں جو محنت طلب پیشوں میں مشغول

رہتے ہیں، اور جنھیں یا تو ہوا کی ایک دھیمی منضبط رو کی رسد پہنچانے کے لئے یا بازوؤں کے استعمال کے لئے ایک سہارے کا نقطہ (point d'appui) ہنپا کر کے

کے لئے اپنے سینے مسلسل جھلائے ہوئے رکھنے پڑتے ہیں، جو فیزی دیواریں زیادہ

طویل عرصہ تک تن کر کھینچ جاتی ہیں۔ لیکن تازہ مشاہدات نے اس امر کو مشتبہ

کر دیا ہے (24)۔ (۵) سالہا سال کے عرصہ میں پھیپھڑوں کی پلکدار بافت بتدریج

بوسیدہ ہو جاتی ہے اور معمر اشخاص کا خورد شنشی نفاخ (small-lunged emphysema) پیدا کر دیتی ہے۔ (۶) جب شش کا کوئی حصہ بوجہ مرض سکڑ جاتا یا الٹھانی ماصلات یا نوامیہ سے در ریختہ (infiltrated) ہو جاتا ہے، تو وہ دیرلہ شہیق میں پھیل نہیں سکتا۔ ایسی صورت میں قرب و جوار کے جو فیروں کا پھیلاؤ زیادہ ہو جانا چاہئے تاکہ خالی جگہ پر ہو جائے۔ اسے تعویضی نفاخ (compensatory emphysema) کہتے ہیں۔ مذکورہ بالا مختلف ذرائع کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ نفاخ میں ہم پہلو جو فیروں کے درمیانی فاصلہ مذبول (atrophied) ہو جاتے ہیں۔ جلد ہی فاصلہ آگے آ رہا یا ایک انتقاب قائم ہو جاتا ہے۔ پھر پورا فاصلہ تلف ہو کر دونوں جو فیروں کے ایک بن جاتے ہیں۔ اس عمل میں نہ صرف لچکا ر بافت بلکہ ریوی عروق شعریہ کا وہ پورا جال بھی جو فاصلہ میں موجود ہوتا ہے، غائب ہو جاتا ہے۔ اگر یہ عمل پھیپھڑوں کے طول و عرض میں وسیع طور پر مکرر ہوتا رہے تو اول تو یہ ہوتا ہے کہ ہوائی فضا میں بہت بڑی ہو جاتی ہیں، اور بہت سے مقامات پر ششی بافت کے بڑے بڑے چھالے بن جاتے ہیں جن میں صرف ہوا موجود ہوتی ہے۔ دویم، شش کی وہ لچک جو زفیر (expiration) کے لئے ضروری ہے، معمول کی نسبت بہت کم ہو جاتی ہے۔ سویم وہ عروقی رقبہ جو خون کے تہویہ کے لئے کارآمد ہوتا ہے بہت گھٹ جاتا ہے۔ اور چہارم، بیشتر اصابتوں میں پھیپھڑے بجائے خود بہت بڑے ہو جاتے ہیں۔

لچک کے جاتے رہنے کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ زفیر زیادہ مشکل ہو جاتا ہے۔ پھیپھڑوں کی جماعت کی زیادتی کے علاوہ، سینہ چوڑائی اور گہرائی میں بڑا ہو جاتا ہے اور وہی شکل اور وضع مستقلاً اختیار کر لیتا ہے جو کامل شہیق (inspiration) کیلئے مخصوص ہے۔ سینہ کی حرکت پذیر (mobility) بہت کم ہو جاتی ہے، کیونکہ اس کی وسعت (range) کامل شہیق اور کامل زفیر کے درمیان ہونے کے بجائے محض شہیق کے مختلف درجات کے درمیان ہوتی رہتی ہے۔ گیسوں کا باہر تبادلاً کم کامل طور پر ہوتا ہے۔ یہ اس امر سے ظاہر ہوتا ہے کہ شریانی خون میں ۱۰ کے دباؤ کے لئے جو میتیں پائی جاتی ہیں، وہ معمول کی نسبت بہت زیادہ ہوتی ہیں

درحقیقت  $CO_2$  کی ترشہ دموییت (acidæmia) موجود ہوتی ہے، جو شدید بُہر پیدا کر دیتی ہے۔ شریانی خون کی آکسیجن سے سیرشدگی بھی ممکن ہے مہمول کی نسبت کم ہو (7)۔ عام طور پر قلووی محفوظ میں زیادتی ہو جاتی ہے جو کہ کاربن ڈائی آکسائیڈ کے اعتبار سے کی ملافائی کر دیتی ہے۔

ایک اور اہم امر پھیپھڑوں میں شعری رقبہ کا ضائع ہو جانا ہے۔ اس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ ریوی دوران خون میں ایک تبدیلی پیدا ہو جاتا ہے۔ شریان ریوی اور دائیں بطن میں تناؤ بڑھ جاتا ہے، وایاں بطن بے بیش یروہ (hypertrophied) ہو جاتا ہے، اور بالآخر قلب کے دائیں جانب کا اتساع (dilatation) ہو جاتا ہے۔ لہذا ریوی نظام محقق (engorged) ہو جانے سے بھر کی کلائی اور امتداد پاؤں ٹانگوں اور دھڑ کا نتیجہ اور الیومن بولیت پیدا ہو جاتی ہے۔ ممر اشخاص میں قلب کا چپ جانی (left-sided) اتساع اور ساتھ ہی عضلہ قلب کا انحطاط (myocardial degeneration) بھی ہوتا ہے۔

مرضی تشریح۔ وہ پھیپھڑا جو کلاں ششی نفاخ (large-lunged emphysema) سے ماؤف ہوا امتحان بعد الموت کے وقت سینہ کھولنے پر پھلتا نہیں بلکہ وزن کے اندر سے باہر ابھرتا ہے۔ ایسا پھیپھڑا نرم اور بے لچک ہوتا ہے، اور انگلی سے دبانے پر دب جاتا ہے (تغییر "pitting")۔ اس کے مختلف حصوں میں، اور خاص کر اس کی اندر کی اور نیچے کی کوروں میں، مٹریا ساری کے برابر بڑے چھالے نظر آسکتے ہیں، اور یہ شش غیر معمولی طور پر پھیکے رنگ کا اور خون سے معرّا اور دھتے دار (mottled) رمادی رنگ کا ہوتا ہے۔ تراشنے پر بڑے چھالے پھک جاتے ہیں۔ اور سارا عضو مہمول کی نسبت زیادہ خشک نظر آتا ہے، باستثناء بعض حصوں کے، جیسے کہ قاعدے، جہاں ممکن ہے کہ پھیپھڑے کی پیدا کرنے والے (complicating) شعبی التهاب یا اذیمارہ چکے ہوں۔

ایک دوسری قسم (نرد ششی نفاخ = small-lunged emphysema) ممر اشخاص میں ایک شیخوخی (senile) ذبولی تغیر کے طور پر واقع ہوتی ہے،

اس میں شش بڑا نہیں ہوتا، اور چھالوں کی تعداد زیادہ نہیں ہوتی۔ فاصلات مذبول ہو جاتے ہیں جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ ہوائیے باہم متحد ہو جاتے ہیں اور شش سکڑا ہوا، بے لچک، خشک اور پھیکے رنگ کا ہو جاتا ہے، اور معمول کے نسبت کم کمال استنجی سخت پیش کرتا ہے۔

پھیپھڑوں کے بعض حصوں، بالخصوص راسین، اگلے ماحیوں اور زیرین کوروں میں نفاخ کا نسبت زیادہ ہوتا ہے جنر (Jenner) کی رائے کے مطابق حب ذیل توجیہ رکھتا ہے:۔ جب ہوا سینہ میں زیادہ دباؤ کے تحت مجبوس ہوتی ہو چپا کہ کھانٹتے وقت یا کوئی بڑی عضلی مشقت کرتے وقت تو اندر سے ہوائیے دباؤ کے باعث سینہ کے وہی حصے باہر ابھرتے ہیں گے جنہیں گرد پیش کی بافتوں کا سہارا ب سے کم حاصل ہے۔

علامات اور طبیعی امارات۔ نفاخ کے علامات ابتداء صرف سانس کا پھول جانا ہے۔ کھانسی اور نفث جو عموماً موجود رہتے ہیں ساتھ موجود رہنے والے شعبی التهاب کی وجہ سے ہوتے ہیں۔ بُہر (dyspnoea) ابتدائی درجوں میں بالخصوص مشقت کرنے یا زور لگانے (exertion) پر دیکھا جاتا ہے، جب کہ سانس تیز ہو جاتی ہے اور مریض ہانپنے لگتا ہے۔ ازاں بعد بُہر ہمیشہ موجود ہو سکتا ہے اور رات کے وقت انتصابی نفث (orthopnoea) پیدا کر دیتا ہے۔ بُہر کی بدترین شکلوں میں تنفس کے غیر معمولی عضلات ہمیشہ کام کرتے رہتے ہیں، ترقوی ہڈیاں اوپر اٹھی ہوتی ہیں اور قصبی طمی عضلات (sterno-mastoids) اور مختلف الاضلاع عضلات (scaleni) ہر شہیق کے ساتھ کھڑے ہو کر جزری ہوا (tidal air) کو زیادہ کرنے کی کوشش کرتے ہیں۔ زفیر (expiration) لمبا، با مشقت (laboured) اور عضلات شکم کی انتہائی مدد سے ہوتا ہے۔ طبیعی امارات تمیز ہوتے ہیں۔ سینہ چوڑا، سامنے سے پیچھے کے رخ میں گہرا، لیکن کوتاہ (short) ہوتا ہے۔ اس کی کلائی کی وجہ سے اور اس وجہ سے کہ پیش پس قطر کی زیادتی اسے عرضاً بیضوی کے نسبت زیادہ تر مدور شکل کا بنا دیتی ہے، سینہ اکثر پیچھے کی شکل کا (barrel-shaped) کہلاتا ہے۔ شانے اوپر اٹھے ہوئے ہوتے ہیں۔ معمول کی نسبت بالائی پللیاں ایک

دوسرے سے زیادہ قریب تر اور زیریں پسلیاں ایک دوسرے سے زیادہ دُور ہوتی ہیں۔ اور شراسیمی زاویہ نہایت مُنفرج (obtuse) ہوتا ہے اور اس کا ٹاپ ۱۰-۱۵ درجے یا زائد ہوتا ہے۔ پسلیوں کا ارتفاع، بھٹنی اور صدم القلب (heart's impulse) کے اضافی مقامات کو بدل دیتا ہے۔ بھٹنی اکثر پانچویں پسلی پر اور صدم القلب چھٹی فضا میں پایا جاتا ہے۔ سینہ کے جو حصے معمولاً گھمکی ہوتے ہیں ان پر قوع کرنے سے غیر معمولی طور پر زیادہ گمگ حاصل ہوتی ہے اور جو تپے معمولاً اصم (dull) ہوتے ہیں ان پر گمگ کی توسیع ہو جاتی ہے۔ اس طرح کبدی اور قلبی اصمیت میں مداخلت ہو جاتی ہے اور وایاں شش نیچے کی طرف چھٹی فضا، یا ساتویں پسلی تک گھمکی ہوتا ہے اور قلب کی اوپری اصمیت (superficial heart dullness) اکثر بالکل غائب ہو جاتی ہے۔ استماع کرنے پر اصوات تنفس بہت کچھ گھٹے ہوئے ہوتے یا بمشکل سنائی دیتے ہیں لیکن مکن ہو کہ جب ہمزماں شبمی شخ ہو تو زفری خریر (expiratory murmur) بہت لمبا ہو جائے اور خُررات (rhonchi) بھی سنائی دے سکتے ہیں۔

پھیپھڑوں کی کلائی دوسرے اعضاء سے متعلق اِمارات کو بھی متاثر کر دیتی ہے۔ چونکہ شش کا معمول کی نسبت ایک زیادہ بڑا حصہ قلب اور دیوار سینہ کے درمیان واقع ہوتا ہے، مکن ہے کہ صدم القلب پانچویں فضا میں غیر محسوس ہو، اصوات قلب دھیمے (faint) ہوتے ہیں اور مکن ہے کہ اتساع (dilatation) یا بیش پروردگی (hypertrophy) پوشیدہ ہو جائے۔

خرد ششی نفاخ میں سینہ اپنے خاکے میں زیادہ مدور ہوتا ہے لیکن بڑھا ہوا نہیں ہوتا۔ پھیپھڑے قلب کو نہیں ڈھانکتے اور قلب بیش پروردہ نہیں بلکہ مذبول ہوتا ہے۔ قریعی مُر (percussion note) بیش گھمکی ہوتا ہے اور ہشیقی خرد کمزور ہوتا ہے لیکن زفر لبائیں نہیں ہوتا۔

دونوں قسموں میں شبمی التباب کے خُررات (rhonchi) اکثر موجود ہوتے ہیں۔ انتہائی اصابتوں میں اذیمیا کی وجہ سے پھیپھڑوں کے قاعدوں پر لہٹا (rales) ہوتے ہیں اور ساتھ ہی گھٹی ہوئی گمگ پائی جاتی ہے۔



پہچیدگیاں۔ مزمن شعبی التهاب اکثر اوقات موجود ہوتا ہے، خواہ اس کے ساتھ تمدد الشعب ہو یا نہ ہو۔ معمر اشخاص میں عموماً عضلہ قلب کا انحطاط (myocardial degeneration) اور اس کے علاوہ قلب کی بائیں جانب نیز دائیں جانب کی بیش پرورش اور اتساع موجود ہوتا ہے اور ممکن ہے کہ عام اذیماء بھی ہو۔ اکثر شریانی انحطاط (arterial degeneration) موجود ہوتا ہے جسکے ہمراہ شیخوخی شریانی تصلبی گردے (senile arteriosclerotic kidneys) پائے جاتے ہیں۔ اس قسم کی حالت پر صفحہ 255 پر زیادہ تفصیل کے ساتھ غور کیا گیا ہے۔ تشخیص۔ نفاخ کی شناخت کا انحصار لگم کی متغیر نوعیت پر ہوتا ہے اور بالخصوص لگم کی اس توسیع پر جو پیش قلبی رقبہ (præcordial area) پر اور نیچے کی طرف جگر پر ہو جاتی ہے۔ خرد ششوں میں لگم کی متغیر نوعیت اور ہر خاص منظر ہر ہوتے ہیں۔ رانجی شماعیں یہ ظاہر کرتی ہیں کہ تندرستی کی حالت کی نسبت پھیپھڑوں پر ایک زیادہ وسیع اور زیادہ روشن رقبہ اور ڈائفرام کا محل وقوع نسبت نیچے اور اس کے حرکات نسبت وسیع ہیں۔

148

انذار۔ حقیقی صحت یابی نہیں واقع ہوتی، صرف علامات میں تخفیف ہو جاتی ہے۔ زندگی کی مدت کا انحصار تفریق کی وسعت، شعبی التهاب کے امکان اور عضلہ قلب کی حالت پر ہوتا ہے۔ بیشتر اصابتوں میں آخری نتیجہ کئی سال کی مدت کے بعد رونما ہوتا ہے۔

علاج۔ اس کا مقنا یہ ہونا چاہئے کہ مریض کی عام صحت کی اصلاح کی جائے شعبی التهاب کی پیچیدگیوں کو تمام خطرات سے احتراز کیا جائے اور جب یہ واقع ہو جائیں تو ان میں تخفیف کی جائے۔ چنانچہ لازم ہے کہ مریض کو مغذی اور ہضم پذیر غذا دی جائے اس کے ملبوسات مناسب ہوں وہ گرم عمدہ ترویج دار کمروں میں رہے اور مشرقی ہواؤں اور شہانہ ہوا سے پرہیز کرے۔ مقویات جیسے کہ کافو لیورین (روغن جگر ماری) لوہا اسٹریکنیا (strychnia) اور کونین (quinine) استعمال کئے جاتے ہیں۔ ضائع شدہ لچکدار بافت کے نقصان کی تلافی کی کوششیں کی گئی ہیں۔ مثلاً گرہارٹ (Gerhardt) مشورہ دیتا ہے کہ سینہ کا میکافانی پچکاؤ عمل میں

لا کر زفير (expiration) میں امداد پہنچائی جائے۔ اسے ایک دوسرا شخص سینہ کے زیریں حصہ پر اپنے ہاتھ روزانہ پانچ یا دس منٹ تک رکھ کر انجام دیتا ہے۔ ساتھ موجود رہنے والے شعلی التهاب کا علاج کرنا چاہئے۔ پچکائی ہوئی ہوا (compressed air) کے ذریعہ علاج جیسا کہ برائٹن کے شفاخانہ میں فولادی کوشک (steel chamber) میں کیا جاتا ہے، شہین میں اندر لی ہوئی آکسیجن کے ارتکاز (concentration) کی زیادتی پر منحصر ہوتا ہے اور یہ نفاخ میں مفید پایا گیا ہے خاص کر اس وقت جب کہ التهاب شعلی موجود ہو۔ ایک آکسیجن کا خیمہ بھی استعمال کیا جاسکتا ہے۔

## نشوں کا ہبوط

(COLLAPSE OF THE LUNGS)

(Atelectasis Pulmonum: عدم مقلد الرئہ)

اُن پھیپھڑوں میں جو کبھی کامل طور پر نہ پھیلے ہوں (عدم مقلد = atelectasis) اور اُن پھیپھڑوں میں جو پھیلنے کے بعد جزوی طور پر پھر جنینی حالت میں آگئے ہوں (ہبوط) اکثر تفریق کی جاتی ہے۔ عدم مقلد (atelectasis) پیدا نشی ہوتا ہے اور نہایت کمزور بچوں میں دیکھا جاتا ہے، جن کے تنفسی حرکات ہوا کی ضروری مقدار کو اندر کھینچنے کے لئے ناکافی ہوتے ہیں۔ وہ اس وجہ سے اور بھی زیادہ آسانی کے ساتھ واقع ہو جاتا ہے کہ پیدائش کے وقت پھیپھڑے جسم سے خارج ہونے پر تقریباً اُسی جسامت کے پائے جاتے ہیں جو کہنہ صدر کی ہوتی ہے اور اس وجہ سے اُن میں ہوا کے جبری اوخال کے لئے کوئی امتصاصی طاقت (suction power) موجود نہیں ہوتی جیسی کہ مابعد زندگی میں ہوتی ہے، جب کہ پھیپھڑے کہنہ صدر کی نسبت چھوٹے ہوتے ہیں۔ ہبوط (collapse) ایک اکتسابی حالت ہے، جو پھیپھڑوں میں ہوا کا داخل ہونے سے پیدا ہو جاتی ہے، اور یہ امور ذیل کا نتیجہ ہوتی ہے: — (۱) ہوائی راستوں سے ہوا کے داخلہ میں تسد واقع ہونا، (۲) شش کا باہر سے دب جانا۔

یہ ڈایا فرام کے شلل کا نتیجہ نہیں ہوتی، کیونکہ یہ ڈایا فرامی عصب کے قلع کے بعد کبھی پیدا نہیں ہوتی۔

(۱) تسلسلہ اس طرح پیدا ہو سکتا ہے۔۔۔ لوز تین کی مزمن کلانی، اور انفی بلعوم (nasopharynx) میں غدودہ کی بالیدگی سے اور نسبت بہت زیادہ اکثر شعبی التهاب کے لزج، مخاطی یا ریمی افراز سے، بالخصوص بچوں میں اور شعبی ذات ارت کے ایک جزو کے طور پر، اور زیادہ معمر اشخاص میں شعبہ کے اس تضییق سے جو نوامیہ (neoplasm) کے باعث یا انورسما سے یا پہلے بیان کئے ہوئے دوسرے اسباب میں سے کسی سبب کی وجہ سے واقع ہو جائے۔

(۲) انضغاط (compression) کے اسباب متعدد ہیں۔۔۔ خود سینہ کے اندر وہ بیشتر اوقات پلیورائی انصباب کے باعث ہوتا ہے، لیکن کلانی قلب، گرد قلبی انصباب، واسطی سلمات، اور ملی کے انورسماؤں، اور ریڑھ کے زاویہ انحناء (angular curvature) (تسمی التواء = kypho-scoliosis) کی وجہ سے بھی ہو سکتا ہے۔ شکم میں جگر کی بالائی سطح سے بڑھنے والے سلمات، بالخصوص کیسیات (hydatids) خراج اور نوامیہ، تحت ڈائفرامی خراجات، طحال کے کیسیہ، استغائی زقی سیال، اور بیضی سلمات کے دباؤ کے باعث ہو سکتا ہے۔

(۳) سینہ کے اور بعض اوقات جسم کے دوسرے حصوں کے زخموں میں ایک پورے شش کا کھلی ہبوط (massive collapse) واقع ہو سکتا ہے۔ اس کی شرط نہیں کہ زخم کھنہ سینہ کے اندر چھید کرے، اور زخم سے مقابل جانب کا شش ماؤف ہو سکتا ہے۔ اس حالت کے ساتھ ممکن ہے صدر دمویت (hemothorax) موجود ہو یا نہ ہو۔ کھلی ہبوط کا حادثہ شکمی مالتوں کے عملیہ کے بعد واقع ہونا شاذ نہیں۔ اب اس کی وجہ یہ خیال کی جاتی ہے کہ زیادہ تر نبقہ ریویہ قسم چہام کے ذریعہ پیدائش الہابی حاصلات شعبی انوبات کو مدد و گرد دیتے ہیں (49)۔ اور اس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ ہوا جو فیروں میں سے جذب ہو جاتی ہے، اور ہبوط رونما ہوتا ہے۔

مرضی تشریح - ایک ہبوطی حالت یا عدم تمد (atelectasis) والا شش

بغشی یا سیاہ اور خونی رماوی رنگ کا ہوتا ہے، اور تراشنے پر وہ لہجدار ہے جو اور خشک ہوتا ہے۔ منفصل چکٹیاں عام سطح سے قدرے نیچے بیٹھی ہوئی نظر آتی ہیں۔ مابوقتیکہ بعد میں ان میں التهاب رونما نہ ہو گیا ہو اسے زور سے منتفع کرنے پر یہ پھر پھیلائی جاسکتی ہیں۔

علامات۔ پیدائشی عدم تمدد (congenital atelectasis) میں جب کہ ذرا اور کم و بیش کمبود ہوتا ہے، اور اس کی سانس تیز اور رونما کمزوری کے ساتھ ہوتا ہے۔ ہر شہیق کے ساتھ سینہ کا زیریں حصہ اندر کھینچ جاتا ہے، اور بن الاضلاع فضائیں اندر دھکی جاتی ہیں۔ امتحان کرنے پر ملن ہے کہ قاعدوں پر ٹمک کی غموڑی کمی اور کبھی کبھی کچھ لفظات (râles) ظاہر ہوں، لیکن خاص طبعی امارت اصوات تنفس کی کمزوری (feebleness) ہے۔ شبی التهاب کا بہوٹ شاذ ہی اتنا کافی وسیع ہوتا ہے کہ استماع سے ظاہر ہو جائے اور اس کی توزیع نختکی اور منتشر ہوتی ہے۔

جب بہوٹ زیادہ وسیع اور یکسانیت کے ساتھ ہوتا ہے تو طبعی امارات سے اس کے مختلف درجات شناخت کئے جاسکتے ہیں۔ شش کے عارضی عدم استعمال سے جو ابتدائی ذات الجنب کی وجہ سے ہو، یا طویل ٹھہری افتادگی (dorsal decubitus) سے ہو قاعدوں پر ایک نہایت خفیف درجہ کا بہوٹ پیدا ہو سکتا ہے۔ شش کے مافوق رقبہ پر استماع کرنے سے صوت تنفس نہایت کمزور ہوتی ہے۔ اگر مریض گہری سانس لیتا ہے تو زیادہ بلند حویصلی خسیر (vesicular murmur) اور اس کے اختتام پر باریک تکتکات (fine crepitations) ہوتے ہیں جو ان ہوائی حویصلہ کے تازہ پھیلنے کی وجہ سے ہوتے ہیں جو بہوٹ بہوٹ پھیل رہے ہیں۔

شعبی تمدد کے باعث واقع ہونے والے بہوٹ کے طبعی امارات ابھی بیان ہو چکے ہیں۔ بیالغیرہ سے پچکاؤ ہونے کی حالت میں ابتدائی امارات یہ ہو سکتے ہیں:- احمیت (dulness)، گھٹا ہوا لمسی ارتعاش اور یا تو گھٹے ہوئے یا خفیف طور پر شعبی اصوات تنفس۔

کامل بہوٹ کی حالت میں طبعی امارات حسب ذیل ہوتے ہیں:- کامل احمیت (absolute dulness) اصوات تنفس اور لمسی ارتعاش کی غیر موجودگی۔

اُس کُلی ہبوط (massive collapse) کی حالت میں جو زخموں کے باعث دیوارِ سینہ کی باز کشیدگی (retraction) کے ہمراہ پایا جائے، اِصمیت موجود ہوتی ہے اور ممکن ہے کہ اصوات تنفس کم اور لمبی ارتعاش غیر موجود ہو، لیکن ترقی یافتہ اصابتوں میں ممکن ہے کہ بجائے اس کے بلند شعبی تنفسی اور بڑھا ہوا لمبی ارتعاش موجود ہو۔ دیوارِ سینہ باز کشیدہ، بین الاضلاع فضا میں اندر دبی ہوئی (depressed) ڈائفرام اوپر اٹھا ہوا اور غیر متحرک، اور قلب ماؤف جانب کے طرف کھنچا ہوا ہوتا ہے۔ جب ماؤف جانب پر صدرِ دمویہ (haemothorax) موجود ہوتی ہے، تو اگرچہ دیوارِ سینہ باز کشیدہ ہوتی ہے، ممکن ہے کہ قلب تندرست جانب کی طرف کھنچا ہوا ہو۔ یہ واقعہ زور کے ساتھ اس امر کی تائید کرتا ہے کہ اولی سبب دیوارِ سینہ کا شل ہے، کیونکہ آنرا لڈکرا صابت میں یہ قائم رہتا ہے گو اسی جانب پر سینہ کے اندر کا دباؤ صدرِ دمویہ کی وجہ سے بڑھ گیا ہو۔ جراحی اعمال کے بعد کُلی ہبوط اُس سے زیادہ عام ہے جتنا کہ عموماً سمجھا جاتا ہے۔ غالباً طبیعی امارات کی وجہ سے یہ اصابتیں اکثر ذات الریہ کے طور پر تشخیص ہو جاتی ہیں۔

علامات یہ ہیں :- بہر، لیکن جب مریض آرام کی حالت میں ہو تو یہ خفیف ہوتا ہے، زراق، اور بعض اوقات درد۔

علاج - آکسیجن، معہ کاربن ڈائی آکسائیڈ کے یا اس کے بغیر جو، صحیح تنفس کے طور پر استعمال کی جاتی ہے کُلی ہبوط کے لئے صحیح علاج ہے، اور نوزائیدہ کے عدم تمد میں اس سے عمدہ نتائج حاصل ہوتے ہیں، گو کہ ساتھ ہی مصنوعی تنفس کا کوئی نہ کوئی طریقہ بھی ضروری ہوتا ہے (49)۔ ایلٹیت اور ڈنکے نے سفارش کی ہے کہ مُنغث ادویہ (expectorant medicines) پوٹاسیم آیوڈائیڈ کے ہمراہ دینی جائیں، نیز یہ کہ حتی الامکان تمام شکمی بندشوں (abdominal bandages) کو ڈھیلا کر دینا چاہئے، اور یہ کہ مریض کو ہر گھنٹہ میں پانچ منٹ کے لئے کامل شہیتی ماسعی (full inspiratory efforts) جو بالخصوص شکمی طرز کی ہون گل میں لانے کی ترغیب دینی چاہئے۔ شعبی تسد کو شعبہ بینی کے ذریعہ دہرایا جاسکتا ہے۔

## اُذیمائے شش

( OEDEMA OF THE LUNGS )

بحث اسباب - امتحانات بعد الموت کی غالب تعداد میں پھیپھڑوں کا اُذیمائے کسی نہ کسی حد تک پایا جاتا ہے، بالخصوص جہاں مریض مرنے سے پہلے کچھ عرصہ تک بستر پر لیٹا رہا ہو۔ اسی وجہ سے وہ ششوں کے قاعدہ پر اور پچھلے کناروں پر نہایت نمایاں ہوتا ہے (رکودی اُذیماء = hypostatic oedema)۔ علاوہ ازیں وہ بعض امراض سے بالخصوص پیدا ہو جانے کا رجحان رکھتا ہے، جو یہ ہیں :-  
عضلہ قلب کا مرض (myocardial disease) - قلب کا مصرعی مرض (valvular disease) اور خاص کر اُورطی باز روی (aortic regurgitation) جس میں وہ حاو طور پر اس طرح پیدا ہو سکتا ہے کہ بائیں بطن کا سرعت فشل ہو جاتا ہے، لیکن دایاں بطن پھیپھڑوں کے اندر خون پمپ کرتا رہتا ہے۔ آب دموتی الہتباہ گروہ (hydræmic nephritis) - حادثات الیوی اعمال کے ساتھ عموماً ایک الہتباہی اُذیماء واقع ہوتا ہے۔ اغتصامی (suffocative) زہریلی گیسیں پھیپھڑوں کا اُذیماء پیدا کر دیتی ہیں۔

مرضی تشریح - اُذیماء سے ماؤف شدہ شش حجم دار (bulky) اور بھاری ہوتا ہے، اور جب اس میں شگاف دیا جائے تو اس میں سے کسی قدر خون کے رنگ کے جھاگ دار مصل سیال کا ارتشاح بڑی مقدار میں ہوتا ہے۔  
علامات - ممکن ہے کہ سینہ ابتدائے گلی ہو، لیکن بعد میں وہ پیچھے قاعدوں کے مقام پر قریبی آواز کی کیفیت تخفیف (impairment) ظاہر کرتا ہے۔ یہاں اصوات تنفس لگی کے ساتھ (deficient) جوتے ہیں، اور صرف باریک اور اوسط درجہ کے وافر لغطات سنائی دیتے ہیں۔ حادثہ اغتصامی اُذیماء (acute suffocative oedema) میں مریض پر یکایک زفیری بہرہ انتہائی تنفس یا کھڑکھڑاہٹ و ارتنفس طاری ہو جاتا ہے جو کہ ممکن ہے ایک محاذ میکانیہ ہو۔ شہیمات (inspirations) حتی الوسع بہت ہی چھوٹے ہو جاتے ہیں، کیونکہ دباؤ کے

کم ہو جانے سے آذیمائے تنکون کو مدد ملتی ہے۔ اس کے خلاف منقبض شدہ شعیبات کی مزاحمت کے خلاف اطالت پذیر ذرات کا وقوع (ربوئی تنفس - asthmatic breathing) ششوں میں دباؤں کو بڑھاتا ہے۔ چنانچہ اس اصول سے علاج میں فائدہ اٹھایا جاتا ہے۔ دیگر علامات یہ ہیں بے چینی، دم گھسنے کا احساس کم و بیش زراق، چھوٹی اور سریع نبض اور بے رنگ یا خون آلود جھاگدار آبی سیال کی بہت بڑی مقدار کا نفث۔ ممکن ہے کہ یہ حالت جلد ہلاکت پیدا کر دے یا چند گھنٹوں میں رفع ہو جائے۔ لیکن ممکن ہے کہ چند روز گزرنے تک تنکوی نفث نہ ہو اور فی الحقیقت بعض سریع ہلاک اصابتوں میں تو نفث بالکل نہیں ہوتا۔ ذات الریہ کے آخری آذیمائے تنکون سارے شش پر جواب تک تندرست تھالغطات (râles) لٹائی دیتے ہیں۔ حالانکہ تجربی شہادت سے یہ معلوم ہوا ہے کہ معمر اشخاص میں جو رات کے وقت سانس پھولنے لگے یا دوری بہر واقع ہوتا ہے (حوالہ ملاحظہ ہو) بعض اوقات اس کی وجہ جلدیوی آذیمائے تنکون ہے (49)۔

تشخیص۔ ایسے شخص میں جو اپنا معمولی پیشہ انجم دے رہا ہو یکایک طاری ہو جانے والے حادثیوی آذیمائے تنکون کو اکللی طلیت (coronary thrombosis) سے متفرق کرنا چاہئے، کہ جس میں درد شدت سے ہوتا ہے۔ اس کو ربوئی سداویت (pulmonary embolism) سے بھی متفرق کرنا چاہئے، جس میں نفث بعد میں ہوتا ہے اور نفث میں زیادہ خون پایا جاتا ہے۔

علاج۔ اگر مرض دورانی اصل رکھتا ہو تو پلش (Plesch) کے بتائے ہوئے آلہ سے کام لینا چاہئے۔ اصول یہ ہے کہ ششوں کے اندر کی طرف ایک ایسا مثبت دباؤ ڈالا جائے کہ دائیں بطن کی بیش فعالیت رک جائے۔ ہوا ایک موٹر نکلے کے ذریعہ ایک چست میٹھے والے نقاب میں پہنچائی جاتی ہے اور یہ ایک مزاحمت میں سے ہو کر بیرونی ہوا کی طرف نکل جاتی ہے (49)۔ مصنف ہذا اب ایک الیکٹروکس (electrolux) منطخ استعمال کرتا ہے جس میں نقاب کے قریب چپکا ہوا ایک آبی داب پیم (water manometer) ہوتا ہے جو کہ دباؤ ظاہر کرتا ہے اور دباؤ پانی کی تین یا چار انچیں ہونا چاہئے۔ آکسیجن کے خیمہ سے بھی

نہایت مجیکر عمدہ نتائج حاصل ہوئے ہیں۔ نہایت ہی حاد اصاباتوں میں فصد (venesection) آزمائی چاہئے۔

## ذات الریہ

(PNEUMONIA)

شعبی انوبات کے التہاب کے برعکس جرم شش کے التہاب کو ذات الریہ کہتے ہیں۔ جب یہ ایک حاد مرض کی شکل میں ہو تو یہ بوائی عویصلات کے اندر التہابی حاصلات کا ارتشاح (exudation) پیدا کر کے تجمد (consolidation) پیدا کر دیتا ہے، اور یہ التہابی حاصلات دوران شغایابی میں عموماً جذب ہو جاتے ہیں۔ جب یہ مرض شکل میں ہو تو یہ خشکی یافت کو ایک کشیف لیفی یافت میں بدل دیتا ہے، اور یہ تبدیلی شکل منتقل ہوتی ہے۔ حاد ذات الریہ کی دو نمیشلی قسمیں خاص ذیل کے ذریعہ سے ایک دوسرے سے تیز کر لی جاسکتی ہیں: — لختی ذات الریہ (lobar pneumonia) ہر عمر میں ہوتا ہے، لیکن بالغوں میں زیادہ اکثر ہوتا ہے، شش کے بڑے حصوں کو ایک ہی وقت میں ماثوف کرتا ہے، اور ایک نوعی ماری مرض کے تمام خصائص رکھتا ہے، چنانچہ اس کی مدت محدود، شغایابی سرع، او بعض اوقات پھیلاؤ و بانی صورت میں ہوتا ہے۔ شعبی ذات الریہ (broncho-pneumonia) خاص کر شیرخواروں، بچوں اور بوڑھوں کو متاثر کرتا ہے، شش کے متعدد چھوٹے چھوٹے رقبوں پر حملہ آور ہوتا ہے، اور اس کا فم اور طریقہ بھائے آغاز و اختتام نسبت بہت کم متعین ہوتے ہیں۔

تجربہ، خرگوشوں (rabbits) میں ایک بڑے شعبہ کے اندر مختلف قشیت کے (قسم اول اور قسم چہارم کے) نبقات ریویہ کی کاششوں کا نفوخ (insufflation) کرنے سے ذات الریہ کا مرض پیدا کر لیا گیا ہے۔ جب قشیت کم ہوتی ہے تو نبقات ریویہ ایسے جو فیزی نظامات (alveolar systems) میں محصور ہو جاتے یا کھینچ آتے ہیں جو بڑے شعبات کی دیواروں میں سے براہ راست



باہر نکلتے ہیں، اور شہی ذات الریہ اور اس کے ساتھ جو فیزی دروں طلی خلیوں کا تکاثر (proliferation) پیدا ہو جاتا ہے۔ جب قشیت زیادہ ہو تو یہ نبقات بہ سرعت زیادہ ہو کر شہس کی بافت کے اندر پھیل جاتے، اور نمکی ذات الریہ (lobular pneumonia) پیدا کر دیتے ہیں، اور اگر قشیت اور زیادہ ہو تو نمکی ذات الریہ (lobar pneumonia) پیدا کر دیتے ہیں، جس کے ساتھ ایک کثیر الاشکال نواتی تعامل (polymorphonuclear reaction) اور بعض اوقات ایک ہملک الہتاب عروق لمفائیہ (lymphangitis) رونما ہوتا ہے۔ اگر معناد حد سے زیادہ بڑی ہو تو ممکن ہے کہ نبقات پیورائی سطح میں سے آ پار گذر کر پھیل جائیں اور ذات الجنب بالانصباب (pleurisy with effusion) اور الہتاب سار مور (pericarditis) پیدا کر دیں۔ شدید ترین قشیت ہو تو ایک سرخ ہملک عفونۃ الدموی (septicæmic) حملہ واقع ہو جاتا ہے جب کہ پھیپھڑے صرف ایک چلتی دار مصلی ارتشاح اور متعشر (desquamating) جو فیزی غلیات اور چھوٹے چھوٹے نزفات، بلا کسی کثیر الاشکال نواتی تعامل کے ظاہر کرتے ہیں اور یہ مناظر ویسے ہی ہوتے ہیں جو مدارس میں نہایت ہملک وباؤں میں شاہدے میں آتے ہیں۔ ابتدائی دو یا تین دنوں میں اکثر مثبت دموی کاشتیں (positive blood cultures) حاصل ہوتی ہیں، لیکن بعد میں نہیں ہوتیں۔ اور یہ پایا گیا ہے کہ نبقات سپید جسامات کے اندر ہوتے ہیں، اور صرف ہملک عفونۃ الدم کی حالتوں میں آزاد ہوتے ہیں۔ اس سے یہ ظاہر ہوتا ہے کہ کسی نوعی بخار، مثلاً دماغی نماغی بخار (cerebrospinal fever) یا تپ محرقہ کی ابتداء میں مثبت دموی کاشت کا موجود ہونا یہ ثابت نہیں کر سکتا کہ وہ سرایت اولی طور پر خون (blood born) ہے۔ اس سے صرف یہی مراد ہو سکتی ہے کہ اس ابتدائی زمانہ میں جبکہ جراثیم ایک خاص مرکز مرض (focus) میں بہ سرعت تکاثر کر رہے ہیں، غلیات آکلہ آزاد ہو کر جوئے خون کے اندر نکل آئے ہیں، اور انتقالی مراکز (metastatic foci) جیسے کہ ”گلابی معبوں“ (”rose-spots“) کے متعلق صرف یہ ہے کہ یہ وہ مقامات ہیں جہاں یہ دورانی غلیات آکلہ (circulating phagocytes) گرفتار

ہو کر روک لئے گئے ہیں (9)۔ ان مشاہدات سے ظاہر ہوتا ہے کہ ہر قسم کا ذات الریہ اس سیرایت کا نتیجہ ہے جو ہوائی راستوں میں سے واضح جوتی بنے اور نہ اب عام طور پر تسلیم کر لیا جاتا ہے۔ اس امر کی شہادت پیش کی گئی ہے کہ ادوی ضرر بڑے تھجوں کے خنک طاقی ڈالٹوں سے مدود ہو جانے کا نتیجہ ہوتا ہے اور چونکہ یہ ڈالٹیں بفقہ ریویہ کی صورت میں اس سے زیادہ لزج ہوتی ہیں کہ جتنی بفقہ سبجیہ کی صورت میں لہذا آخر الذکر سے شبی ذات الریہ پیدا ہوتا ہے۔ لختی ذات الریہ میں لاشعاعی سائے (صفحہ نمبر ۲) ایک مغممہ (infarct) کی مانند فائدہ نہ ہوتے ہیں۔ متاثرہ طرف کا ڈانفرام اوپر کواٹھا ہوا ہوتا ہے۔ قلب مقابل کی طرف کبھی مٹا ہوا نہیں ہوتا۔ قشبی بقات ریوی محیطی طور پر شش میں پھیل جاتے ہیں۔ لیکن اگر غیر قشبی قسم بہارم موجود ہو تو ذات الریہ کی بجائے کلی ہبوط ہو جاتا ہے۔ اس نظریہ کی تائید میں بہت سی شہادت پیش کی گئی ہے (49)۔

## لختی ذات الریہ (lobar pneumonia) (نبتی ریوی)

(کروپی ذات الریہ: croupous pneumonia)

بحث اسباب۔ یہ مرض دونوں جنسوں میں ہوتا ہے، لیکن عورتوں کی نسبت مردوں میں دو گنا عام ہے، اور دونوں جنسوں کے درمیان جو فرق ہے وہ نہایت نوع اور سمر اشخاص میں کمترین ہوتا ہے۔ نیز یہ شیرخواری سے لے کر بڑھاپے تک زندگی کے تمام زمانوں میں دیکھا جاتا ہے، لیکن بالٹوں میں ادھیڑ عمر تک زیادہ کثیر الوقوع ہوتا ہے۔ یہ گرام اور فصل خزاں کی نسبت سیرا اور فصل بہار میں بہت زیادہ اکثر دیکھا جاتا ہے، جبکہ پیش میں ناگہانی تغیرات ہوتے رہتے ہیں، جبکہ ہوائیں مشرقی یا شمال مشرقی ہوتی ہیں، یا جب کہ موسم مرطوب یا سرد ہوتا ہے۔ عادات اور پیشے جو تکشف (exposure) کا موقع پیدا کرتے ہیں ذات الریہ کی استعداد پیدا کر دیتے ہیں۔ بے اعتدالی کی عادتیں (کثرت شراب نوشی وغیرہ) بھی اس کی استعداد پیدا کر دیتی ہیں، اور اس کی ہلاکت کو بہت زیادہ کر دیتی ہیں۔ ایک حملہ دوسرے حملہ سے مادمون نہیں کرتا، بلکہ یہاں تک

کہتے ہیں کہ ذات الریہ ایک ہی مریض میں پندرہ یا بیس بار ہوا ہے، تاہم دو عملوں سے زیادہ نہایت غیر معمولی ہیں۔

برودت یا سردی کا لگنا اکثر ایک تعینی واقعہ (determining event) ثابت ہوتا ہے اور بااوقات ایک سابق الوجود نفسی نازلت کی سرگزشت موجود ہوتی ہے۔ اس میں شک نہیں معلوم ہوتا کہ بعض مثالوں میں راستہ یہ (direct contagion) یقیناً ہوتا ہے اور ایسی بہت سی مثالیں درج ہوتی ہیں جن میں ذات الریہ دیہات، بڑی عمارتوں، یا گھرانوں میں بالکل ایک وبائی بخار کی طرح سرعت کے ساتھ پھیل گیا ہے۔ لہٰذا ذات الریہ بعض دوسرے امراض اور بالخصوص مطرانی مرض (mitral disease)، حاد الہتباب گردہ (acute nephritis)، ذیابیطس اور بعض امراض ساریہ (جن میں انفلوئنزا شامل ہے) کی پیچیدگی یا نتیجہ کے طور پر بھی واقع ہو جاتا ہے۔ لیکن تدرن کی پیچیدگی کے طور پر اس کا ہونا شاذ ہے۔ بعض اوقات ضربی ذات الریہ (traumatic pneumonia) سینہ پر چوٹ لگنے سے ہو جاتا ہے، بشرطیکہ متغیرہ شش ثانوی سرایت سے متاثر ہو جائے۔ ذات الریہ میں اولی مقام سرایت شش میں ہوتا ہے۔ نبقہ سالیومیہ پیمپٹرون اور ساق میں اور شدید اصابوں میں شاید شش سے نکل کر خون کے اندر پایا جاتا ہے، لہٰذا یہ جرثومہ دمویت بمشکل ایک عفونت الدم (septicemia) کہلا سکتی ہے۔ نبقہ ریویہ کی چار قسمیں پہلے بیان ہو چکی ہیں (ملاحظہ ہو صفحہ 56)۔

مرضی تشریح۔ نبقی ریوی ذات الریہ میں ماؤف شدہ شش کا کچھ حصہ تبدیل ہو کر اس کی اسفنجی ساخت ایک عطوس تودہ بن جاتی ہے۔ ابتدائی ترین یا پہلے درجہ میں جو کہ امتلا یا احتقان کا ہوتا ہے، شش بھاری اور سرخی مائل مجبور سے رنگ کا ہو جاتا ہے، اُسے دبائے سے اس میں سے ایک جھاگ دار سرخی مائل مصل مترشح ہوتا ہے، اور شش اس سے زیادہ آسانی سے ٹوٹ جاتا ہے کہ جس آسانی سے تندرستی میں ٹوٹتا ہے۔ عروق شعریہ خون سے متمد ہونے کی وجہ سے شش اور پچاں (tortuous) ہوتے ہیں اور

نکلی ہے کہ دقیق نزفات موجود ہوں۔ دوسرے درجہ میں جسے متجدد کشش کے جگر سے مشابہ ہونے کی وجہ سے سرخ تکتل (red hepatisation) کا درجہ کہتے ہیں، کشش پھیکے سرخ رنگ کا تراشنے پر باریک طور پر ذراتی بالکل بے ہوا اور ٹھوس ہوتا ہے اور پانی میں ڈوب جاتا، لیکن انٹلی سے دبائے پر آسانی سے ٹوٹ جاتا ہے۔ جو فیبرے باریک ذراتی تودوں میں علیحدہ کئے جاسکتے ہیں، اور ان کے اندر فائبرین (fibrin) اور خون کے کچھ سرخ جسامات اور سپید خلیات نظر آتے ہیں۔ دراصل ہوا یہ ہے کہ عروق شعریہ میں سے مخرج ہونیوالے سیال سے جو فیبری دیواریں اس قدر متحد ہو گئی ہیں کہ دروں ملتی خلیات ٹوٹ گئے ہیں، اور ہوائی فضا میں سیال سے بھر پور ہو گئی ہیں اور سیال حجم کیا ہے (42)۔

تیسرا درجہ بھی جو سرمدی تکتل (grey hepatisation) کا ہے اپنے ٹھوس پن (solidity) کی وجہ سے ممیز ہوتا ہے، لیکن اس میں رنگ رمادی مائل زرد یا صرف رمادی ہوتا ہے، اور اس میں سطح اس کی نسبت کم ذراتی ہوتی ہے۔ کہ جتنی درجہ سرخ میں ہوتی ہے۔ خرد بین سے دیکھنے پر یہ درجہ آخر الذکر درجہ سے اس میں اختلاف رکھتا ہے کہ ہوائی خلیے اور جو فیبری دیواریں سپید خلیات سے ٹپی ہوئی ہوتی ہیں، لیکن فائبرینی ارتشاح (exudation) اور منج جسامات بہت کم مقدار میں ہوتے ہیں۔ رنگ کا متغیر ہونا جو فیبروں میں سپید خلیات کی موجودگی کی طرف منسوب کیا جاتا ہے۔ ایک چوتھا درجہ بھی جو ریوی در ریزش (purulent infiltration) کا ہوتا ہے، بیان کیا جاتا ہے۔ لیکن یہ محض رمادی تکتل کی ایک انتہائی حالت ہے۔ اس میں کشش نسبت زیادہ نرم اور زردی مائل رنگ کا ہو جاتا ہے، اور اسے کھرچنے یا دبائے سے اس میں سے ایک نرم ریوی سیال نکلتا ہے۔ یہ سیال ہوائی خلیات میں بھری ہوئی در ریزش کے ٹکڑے بنتا ہے، اور اس میں سپید جسامات شحمی اور ذراتی ہو جاتے ہیں، لیکن ایک حقیقی خراج جو تمثیلی حادثات الریہ کا نتیجہ ہو، نہایت سبب ہوتا ہے۔ یہ مشکوک ہے کہ شفا یاب ہو جانے والی اماتوں میں ریوی در ریزش کے درجہ کی نوبت آتی ہے یا نہیں۔ یہ سچ ہے کہ شفا یابی یا انحلال (resolution)

کے ساتھ بعض اوقات ایسے طبیعی امارات (تھکنا دراجعه = redux crepitation) پائے جاتے ہیں جو ظاہر کرتے ہیں کہ ارتشاح نرم ہو کر سیال بن رہا ہے۔ لیکن بہت سے مریض بلا ایسے کسی منظر کے اچھے ہو جاتے ہیں اور ان میں اتنا کم نفث ہوتا ہے کہ ان کے ارتشاح کے غائب ہو جانے کی توہمہ صرف یہ ہو سکتی ہے کہ وہ عروق لمفائیہ سے براہ راست جذب ہو گیا ہے۔ صرف چند ہی اصابتوں میں بُساق کی مقدار بڑی ہوتی ہے۔ اصابتوں کی ایک بہت بڑی تعداد ایسی ہوتی ہے کہ جن میں جرمش کے التهاب کے ساتھ مادّات الجنب (acute pleurisy) بھی موجود ہوتا ہے اور اس دو گونہ ضرر کو ذات الجنبی ذات الریه (pleuro-pneumonia) کہہ سکتے ہیں۔ لیکن یہ نام عام طور پر نہیں استعمال کیا جاتا، الا ان اصابتوں کے لئے کہ جن میں ذات الجنب سریر یا قی لحاظ سے ایک نمایاں منظر ہو۔

تعیین المقام (localisation)۔ بنقی ریوی ذات الریه تقریباً ہمیشہ جزئی ہوتا ہے اور اس کے نسبت زیادہ اکثر قاعدے کو اور بائیں شش کی نسبت کسی قدر زیادہ اکثر دائیں شش کو ماؤف کرتا ہے۔ لاشعاعی امتحان بالعموم تفسیر پذیر جانت کا ایک فائدہ مناسب ظاہر کرتا ہے (صفحہ نمبر ۳۷ ب ج) اور بچوں کی صورت میں یہ مدت سے تسلیم کیا گیا ہے (33)۔ گاہے یہ سایہ دیوار صدر کے متوازی محیط میں ایک بند کی صورت اختیار کرتا ہے۔ ممکن ہے بغیر کسی طبیعی امارت کے درریز شش موجود ہو۔ سایہ بعض اوقات فوق مدرن (epituberculosis) کی مشابہت اختیار کرتا ہے، لیکن نسبت زیادہ سرعت کے ساتھ غائب ہو جاتا ہے۔ بعض اوقات دونوں شش ماؤف ہو جاتے ہیں لیکن مرض عموماً ایک شش میں دوسرے سے پہلے شروع ہوتا ہے۔

علامات اور طبیعی امارات۔ پھلاد رجھا۔ بالغ اصابتوں کی ایک بڑی تعداد میں مرض کی پہلی واضح امارت یہ ہے کہ ایک تشعیرہ (rigor) بارزہ ہوتا ہے (۶۹) بیش ۱۰۲، ۱۰۳ یا ۱۰۴ درجہ تک چڑھ جاتی ہے اور نہایت

لے تو سین کے اندر درج کردہ اردو اعداد ظاہر کرتے ہیں کہ فوجی پانیوں کی نحتی ذات الریه کی



ج

لختی ذات الریه میں فائے مناوریزش اور اس کا تدریجی انحلال (الف) ۹ جولائی ۱۹۳۳ء -

(ب) ۱۳ جولائی ۱۹۳۳ء - (ج) ۱۹ جولائی ۱۹۳۳ء - یہ ڈاکٹر جج کا مریض تھا۔ (شعاع

نخستین مسٹر لنڈ سے لاک کی بنائی ہوئی ہیں)

نمایاں ارتطاع حرارت (pyrexia) ہوتا ہے جس کے ساتھ کسکندی (malaise) عدم اشتہا تھے (۳۳) 'فردار زبان' اور بعض اصابتوں میں لبوں پر نملہ (herpes) کا ایک ثوران (eruption) ہوتا ہے (۱۷) جو ایک اچھی امارت سمجھی جاتی ہے۔ بچوں میں اکثر تشنجات (convulsions) ہو جاتے ہیں، لیکن قشریہ رات غیر عام ہیں۔ ممکن ہے کہ علامات ابتداء مبہم سے ہوں اور شاید ان کے ساتھ درد سر (۳۵، ۶) یا سارے بدن میں پھیلا ہوا درد (pains all over) (۹) ہو یا سش کی اوفیت پھولے ہوئے سانس (shortness of breath) سے ظاہر ہو اور پہلو میں شدید درد (۶۰) ہو جو ذات الجنب سے غروب ہو سکتا ہے۔ اس ابتدائی زمانہ میں ممکن ہے کہ استماع سے کوئی چیز شناخت نہ ہو لیکن بعض اوقات ایک باریک خشک تکتک (crepitation) سنائی دیتا ہے جس کا مقابلہ اس آواز سے کیا گیا ہے جو کان کے قریب بالوں کی ایک لٹ کو اٹھائی اور انگوٹے کے درمیان مسکنے سے پیدا ہو جاتی ہے۔ یہ تکتک بیشتر ایک گہری سانس کے انتقام پر لیکن بعض اوقات سارے دوران شہیق میں سنائی دیتا ہے اور اس کی توجیہ یہ کی جاتی ہے کہ یہ جو فیروں کی دیواروں کے علوہ ہونے سے پیدا ہوتا ہے جو غیر قدرتی طور پر چسپکنی (adhesive) ہو جاتی ہیں۔ اس سے زیادہ کثرت کیا تھ ایک غیر طبعی صورت حالات کی ابتدا اس طرح ہوتی ہے کہ اس رقبہ پر جو بعد میں درجہ دوم یعنی تجمد کے امارات ظاہر کرتا ہے حویصلی خریر کی نمایاں کمی یا عدم موجودگی واقع ہو جاتی ہے۔ قومی آواز (percussion note) اب بھی غیر تبدیل یا معمول کی نسبت صرف کسی قدر کم لگی ہوتی ہے۔ دوسری اصابتوں میں قرع پر ایک طبعی آواز حاصل ہوتی ہے۔ اس کے ظہور کا امکان اس وقت ہوتا ہے جب کہ ذات الریہی عمل ابتداء مرکزی ہو جس کے نتیجہ کے طور پر گرد و پیش کے سش کا ارتخاؤ (relaxation) ہو جاتا ہے یعنی وہ ڈھیللا پڑ جاتا ہے

(بقیہ حاشیہ صفحہ گذشتہ) ۵۵۸ اصابتوں میں جو کہ ۱۹۱۵ء تا ۱۹۱۷ء بمقام آلڈرشاٹ (Aldershot) رونا ہوئیں، کتنی فی صدی میں یہ علامات واقع ہوئیں (25) -

(جیسے کہ اسکو ڈیائی ٹنگ میں)۔

اتنے ابتدائی زمانہ میں بھی خفیف سی کھانسی اور اس کے ہمراہ ہمیشہ زنگ آلود بَسَاق (rusty sputum) موجود ہوتا ہے۔ یہ بَسَاق ایک شفاف بے ہوا، جلی نما مخاط کے تودہ کے طور پر نکلتا ہے، جس کا رنگ زرد، نارنجی، گندمی بھورا (russet brown) یا بلکہ شوخ سرخ ہوتا ہے اور جو اس قدر لزج ہوتا ہے کہ برتن کی جانب یا پیندے سے چپک جاتا ہے اور بہنے کا کم رجحان رکھتا ہے یا بالکل نہیں رکھتا۔ گرام (Gram) کے طریقہ تلوین سے بَسَاق میں بقدریہ شناخت ہو سکتا ہے، جو کہ ابتداءً بکثرت نہیں ہوتا، اور بَسَاق خاص کر زجاجی یا شفاف (hyaline) مخاط، مصلی البیومینی ارتشاح، چند سرخ جسامت، چھوٹے جو فیزی خلیوں، بڑے درحلی خلیوں، اور چند کشیر الاشکال نواتی خلیوں پر مشتمل ہوتا ہے۔ کبھی کبھی نفثہ الدم (hæmoptysis) واقع ہوتا ہے (۱۵۶)۔

دوسرے درجے یا درجہ تجمد (stage of consolidation) کے علامات اکثر یہ سرعت نمویاب ہو جاتے ہیں۔ شش کے ماؤف سے پر قطعی صمیت (decided dulness) پائی جاتی ہے۔ اسی رقبہ پر بلند ارتقا کا (high-pitched) شعبی تنفس ہوتا ہے، جو ابتداءً تو نرم اور دور کا (soft and distant) ہے لیکن تھوڑے عرصہ کے بعد نسبت بہت زیادہ بلند ہوتا ہے۔ اگر مریض منہ سے بولتا ہے تو شعبی صوتیت (bronchophony) ہوتی ہے اور بولے ہوئے الفاظ اکثر صاف صاف سنی دیتے ہیں، اور یہ ظاہر مسماع الصدر کے اندر پکار کر بولے ہوئے معلوم ہوتے ہیں۔ سرگوشی میں کہے ہوئے الفاظ (whispered words) بھی صاف صاف منتقل ہو جاتے ہیں۔ شش کے اُن حصوں میں جو پھیلنے ہوئے الہتاب سے ماؤف ہو رہے ہیں، وہ باریک تکتک (fine crepitation) جو ایک ابتدائی امارت کے طور پر سنا گیا تھا، ممکن ہے کہ اب بھی سنا جائے۔ لیکن بلند شعبی تنفس اور شعبی صوتیت ظاہر کرنے والے رقبوں پر کوئی لفظات (râles) نہیں سانی دینگے۔ مابوقتیکہ ساتھ شعبی الہتاب بھی موجود نہ ہو، جبکہ وہ تنغم (consonating) ہو سکے۔ لمسی صوتی خفیف (tactile vocal fremitus) کبھی بڑھا ہوا اور کبھی گھٹا ہوا ہوتا



ہے۔ اس کی شہادت موجود ہے کہ تقریباً تمام امیابتوں میں اس کی تخفیف اس وجہ سے ہوتی ہے کہ پلیوراکے اندر سیال کی ایک پتلی تہ موجود ہوتی ہے (26)۔ طبیعی امارات کی نویابی کے دوران میں مریض لازماً اپنے بستر پر پڑا ہوتا ہے، لیکن اسے اکثر انتصابی نفث (orthopnoea) ہوتا ہے۔ اس کے کال اور پیشانی سرخ تھمٹے ہوئے (flushed) ہوتے ہیں۔ اس کی آنکھیں چمکنے لگتی ہیں اور ظاہر کرتی ہیں کہ اس کو تکلیف کا تین احساس ہے۔ اس کی سانس تیز ہوتی ہے، اور ممکن ہے کہ تنفس فی منٹ ۳۰، ۴۰، ۵۰ یا بلکہ ۶۰ تک بڑھ جائے۔ نبض تیز ہو جاتی ہے، لیکن نفث کے تناسب سے نہیں۔ ممکن ہے کہ وہ ۱۰۰ یا ۱۲۰ یا اس سے کچھ قدر زیادہ ہو۔ اس طرح نبض و تنفس کی نسبت معمولی ۳:۱ یا ۴:۱ سے بدل کر ۲:۱ یا ۱½:۱ ہو جاتی ہے۔ تپش عموماً ایک بلند لیول، ۱۰۳ تا ۱۰۵ درجہ پر قائم رہتی ہے اور اس میں کم تغیر ہوتا ہے۔ اور جلد خشک ہوتی ہے اور اس پر رکھے ہوئے ہاتھ کو پھپھکتی موٹی گرمی (pungent heat) کا احساس ہوتا ہے۔ ضبط الدہم (blood pressure) عموماً معمول کی نسبت تھوڑا کم ہوتا ہے۔ کھانسی جو ہمیشہ تو نہیں لیکن علی العموم موجود ہوتی ہے، زیادہ بار بار نہیں ہوتی، اور وہ سخت، خشک (hard and dry) اور اکثر دروے کے ساتھ ہوتی ہے۔ اور بھاق، جوارج اور زنگ آلود (rusty) ہوتا ہے، بدقت باہر نکلتا ہے۔ فارورہ طیل المقداد گہرے رنگ کا (high-coloured) اور ترشی ہوتا ہے اور اس میں ایوریش کا جماؤ بن جاتا ہے۔ اس میں کلورائیڈز (chlorides) بہت کم ہو جاتے ہیں اور ممکن ہے کہ غیر موجود ہوں، اور البیومن کی تھوڑی مقدار اکثر اوقات موجود ہوتی ہو۔ عموماً سپید جسمیات کی کثرت (leucocytosis) کثیر لاشکا نواتی خلیوں کی زیادتی کے ہمراہ پائی جاتی ہے، جو شدید امیابتوں میں طویل عرصہ تک باقی رہتی ہے۔ مریض کو ہڈیاں ہو جاتا ہے (۴) بالخصوص رات کے وقت۔ کبودی (lividity) یا زراق ایک نمایاں منظر ہوتا ہے۔ ایسی امیابتوں میں یہ پایا گیا ہے کہ آکسیجن سے شریانی خون کی سیرشدگی کم ہو جاتی ہے، اور وہ بجائے ۹۵ فی صدی کے جو معمولی ہے، ۸۰ فی صدی ہوتی ہے (Stadie)۔

یہ نامیرشدگی (desaturation) اس وجہ سے ہوتی ہے کہ شریانی خون ایک ایسا آمیزہ ہو جاتا ہے جس میں کسش کے تندرست حصے سے آیا ہوا ہوازدہ خون اور مرضی کسش سے آیا ہوا غیر ہوازدہ خون شامل ہوتا ہے۔ بعد ازاں زراق زائل ہو جاتا ہے، کیونکہ مرضی کسش میں سے دوران خون کست ہو جاتا ہے۔

مریض کی عام حالت چند روز تک ویسی ہی رہتی ہے، یا زیادہ کثرت کے ساتھ علامات کی شدت میں زیادتی ہو جاتی ہے۔ نبض و تنفس تیز تر ہو جاتے ہیں، تپش بلند قائم رہتی ہے، زبان زیادہ خشک اور زیادہ بھوری ہو جاتی ہے، اور رات کا ہڈیاں زیادہ قطعی ہوتا ہے۔ یہ مشاہدہ ہوتا ہے کہ طبعی امارات عموماً روز بروز متغیر ہوتے جاتے ہیں، جس سے ظاہر ہوتا ہے کہ تجدیدی عمل پھیل رہا ہے، چنانچہ ٹھٹھک (crepitation) اور شعبی تنفس سینہ پر بلند سے بلند تر پھیلے جاتے ہیں، یہاں تک کہ رس (apex) ماؤف ہو جاتا ہے اور ممکن ہے کہ طبعی امارات سامنے ترقوی ہڈی کے نیچے ظاہر ہو جائیں۔

اس وقت جب کہ بیماری بہ ظاہر انتہا تک پہنچی ہوتی ہے، اصلاح واقع ہوتی ہے، اور بہت سی اصابتوں میں یہ بالکل ناگہانی طور پر ہوتی ہے۔ جیسے، ساتویں یا آٹھویں دن اصابتوں کی ایک بڑی تعداد میں تپش، نبض، اور تنفس گر کر بارہ یا اٹھارہ گھنٹوں کے دوران میں تقریباً اپنے طبعی حدود تک آ جاتے ہیں۔ زبان تر ہو جاتی ہے۔ اور مریض خود کو ہر لحاظ سے بہتر محسوس کرتا ہے۔ اس بحران (crisis) (۴ و ۵) کے ساتھ بکثرت پسینہ آتا ہے۔ تقریباً نصف اصابتوں میں بخار زیادہ تدریجی طور پر ختم ہوتا ہے (تحلل: lysis) اور درجہ انتہا سے طبعی درجہ تک گرنے میں اسے چار سے پانچ دن تک لگتے ہیں۔

تپش کے طبعی ہونے کے بعد طبعی امارات تدریج صاف ہو جاتے ہیں۔ اس درجہ میں ٹھٹھکات راجعہ (reduced crepitations) سنائی دیتے ہیں۔ یہ نسبتہ موٹے (coarse) گر کرانے والے (crackling) یا بلبلائے والے (bubbling) لفظات ہوتے ہیں، جو ارتشاح کے دھبلا پڑنے اور انہوبات میں

آجانے کی وجہ سے ہوتے ہیں۔ شش میں یہ تغیر ہونے کے ساتھ ساتھ باقی بھی متغیر ہو جاتا ہے، اس کی تمیز جھلک (tinge) جاتی رہتی ہے اور وہ زرد یا سبز، مخاطی ریخی، اور کم لزج ہو جاتا ہے۔

قسم اول کا ذات الریہ جو کہ ۳۰ فی صدی اصابتوں کے لئے ذمہ دار ہے، خاص کر نوجوان بالغوں میں، بالعموم معوف بہت علامات پیش کرتا ہے جو کہ بحران میں ختم ہوتی ہیں۔ قسم دوم میں علامات زیادہ شدید ہوتی ہیں اور بسا اوقات بحران بالکل نہیں ہوتا۔ قسم سوم خصوصیت کے ساتھ مہمرا فرد پر حملہ آور ہونے کا امکان رکھتی ہے۔ قسم چارم ہر عمر میں ہوتی ہے۔ جھلک اصابتوں میں موت فشل القلب (failure of the heart) سے یا اس شش کے اذیماسے کہ جو اب تک غیر مآوف تھا، یا دونوں کے مجموعی طور پر ہونے سے واقع ہوتی ہے۔ تمام علامات زیادہ ہو جاتے ہیں، یعنی تنفسات تو اتنی بڑھ جاتے ہیں، نبض تیز، صغیر اور ضعیف ہو جاتی ہے، چہرہ کبود یا ازرق ہو جاتا ہے۔ دائیں بطن کے اتساع کے طبعی امارات مشاہدہ میں آ سکتے ہیں۔ زبان خشک، بھوری اور مشقوق (cracked) ہوتی ہے۔ ہڈیاں کم و بیش مسلسل ہوتا ہے اور بڑبڑاہٹ (muttering) اور قوما (coma) بتدریج ظاہر ہو جاتے ہیں۔ استماع کرکٹ پر بلند (loud) مولے (coarse) لغطات سینہ کی دونوں جانبوں پر سنائی دیتے ہیں۔ جوں جوں مریض زیادہ کمزور ہوتا جاتا ہے تپش گر جاتی ہے، جلد سرد پڑ جاتی اور پسینہ سے شرابور ہو جاتی ہے۔ موت عموماً بیماری کی انتہا کے زمانہ میں پانچویں اور دسویں دنوں کے درمیان واقع ہو جاتی ہے۔ لیکن ذات الریہ کبھی کبھی دو یا تین دنوں میں اپنا مہلک منہ ختم کر دیتا ہے۔

پچیدگیاں اور عواقب۔ اول الذکر کا سبب بیشتر ثانوی منتقلی ریوی سرایتیں ہیں جو پھیپھڑوں سے متصل ساختوں میں براہ راست پھیل جاتی یا جوے خون کے ذریعہ منتقل ہوتی ہیں۔ ذات الجنب جس کے ہمراہ لطف یا فصل کی تکوین ہو سکتی ہے، بمشکل ایک پچیدگی کہلاتی ہے۔ کیونکہ وہ عملاً ہر ایک اصابت میں موجود ہوتی ہے۔ تقیع الصدہ (empyema) (۲۰۶) اس قدر

عام نہیں ہوتا، لیکن اگر بخار تیسرے ہفتے تک قائم رہے، اور اس کے ساتھ قرمی آواز اصم ہو، اور شعبی تنفس کی آوازیں غائب یا متغیر ہو گئی ہوں تو اس کا شبہ کرنا چاہئے۔ شاذ اصابتوں میں ذات الریہ کے دوران میں ہوائی خلیات کے کھٹے پٹینورانی کی طرف مشق ہو جانے سے استرواح الصدر (pneumothorax) پیدا ہو جاتا ہے۔ بائیں جانب کے تنقیع الصدر کے ساتھ اکثر اوقات التهاب تاء مورہ (pericarditis) (۲) پایا جاتا ہے۔ التهاب اعصاب محیطی (peripheral neuritis) التهاب گردہ (nephritis) (۵، ۶) التهاب باریطون (peritonitis) تنقیحی التهاب بھال (suppurative meningitis) (۱) اور التهاب مفصل (arthritis) (۵، ۶) شاذ و ندرت ریوی پیپید گیوں میں سے ہیں۔ شاذ اصابتوں میں ایک حقیقی بنفی ریوی تنقیع الدم (pneumococcal pyæmia) پیدا ہو گیا ہے جس کے ساتھ نقیعی التهاب مناسل (suppurative arthritis) اور قاحات (pustules) اور جلد کے نیچے چھوڑے ہوئے ہیں اور ان میں سے کارٹھی سبزی مائل پرپ نکلتی ہے جس میں نبقات ریویہ خالص کاشت میں موجود ہوتے ہیں۔ خبیث التهاب درن قلبہ (malignant endocarditis) (۲، ۵) (خاص کر اورطی مصراع کا) ذات الریہ کے ہمراہ دیکھا گیا ہے جو اس کے نوعی عضویوں کی وجہ سے پیدا ہو جاتا ہے۔ قلیل التعداد اصابتوں میں منسایاں میرقان (jaundice) (۱، ۴) ہوتا ہے۔ ایک ہلکی یرقان جملک زیادہ عام ہوتی ہے۔ بعض اوقات دوران مرض میں معدے کا حاد اتساع (acute dilatation of the stomach) واقع ہو جاتا ہے اور شدید اصابتوں میں التهاب نلفیہ (parotitis) پیدا ہو سکتا ہے۔ مزمن ذات الریہ (chronic pneumonia) گنگرین (gangrene) اور خراج قشش (abscess of the lung) اور تمدد الشعب (bronchiectasis) شاذ و نادر ہیں۔

تشخیص - قشریہ اور تیز بخار کے ابتدائی درجات میں ذات الریہ بعض اوقات دوسرے حاد امراض جیسے کہ تپ محرقہ، قرمز یا چھپک سے ناقابل شناخت ہوتا ہے۔ اکثر سینہ کے ایک جانب پرکے درد یا تکلیف سے ظاہر ہوگا

کہ وہاں حادثہ مرض موجود ہے، اور ایک مقام پر اصوات تنفس کی غیر موجودگی یا باریک تنک نکات (fine crepitations) کی موجودگی جس کے بعد اسمیت شعبی تنفس، اور شعبی صوتیت ہو، بیماری کی نوعیت ظاہر کر دیں گے۔ لیکن یہ درو نہایت غلط فہمی جی پیا کر سکتا ہے۔ اکثر اوقات یہ شکم تک پھیلتا، یا بالخصوص شکم میں محسوس ہوتا ہے، جس سے ابتداء التهاب نراؤندہ دو دیمہ (appendicitis) التهاب باریطون (peritonitis)، یا التهاب صلاۃ (cholecystitis) کا خیال ہو سکتا ہے۔ ربوی قاعدوں پر احتیاط کے ساتھ نگاہ رکھنا ضروری ہے تا کہ غلطی نہ ہونے پائے۔ دوسری اصابتوں میں طبیعی امارات کی نموبانی سے پہلے ایک مختصر سی کھانسی ہوگی جس کے ساتھ ذہک آلود بئاق کا نفث ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ طبیعی امارات کے ظہور میں فی الحقیقت پانچ یا چھ بلکہ دس دن کی تاخیر ہو جائے، انھیں بہت تلاش کرنے کی ضرورت پڑے اور وہ پہلے پس ان ہونی باہوں میں پائے جائیں، جیسے کہ عظم اللتف کے اوپر یا بئل کی چھت (top of axilla) میں۔ امراض طفلیہ (exanthemata) کے مخصوص و متمیز طغیات کی غیر موجودگی تنفس کی سرعت جو نبض سے غیر متناسب ہوتی ہے، سرخ تمنا یا ہاچہرہ (flushed face) اور حکمتی ہونی پنکھ، مخصوص و متمیز نوعیت کا بئاق اور دھن کے گرد و پیت رنما کی موجودگی، یہ سب تشخیص کے لئے مفید نکات ہیں۔ امتحان خون سے بھی مدد مل سکتی ہے، کیونکہ سپید خلیات کی کثرت (leucocytosis) سے تپ محرکہ، ملیریا اور انفلوئنزا خارج از بحث ہو جاتا ہے۔ رائجی شعاب میں بھی کارآمد ہیں، جیسا کہ پیشتر بیان باجا چکا ہے۔

جب طبیعی امارات نمودار ہو جاتے ہیں، تو یہ متعین کرنا پڑتا ہے کہ آیا ذات الریہ موجود ہے یا ذات الجنبی انصباب (pleuritic effusion)، ماونوں کا ساتھ ساتھ اجتماع ہے۔ ان دونوں حالتوں کی ایک دوسرے سے تشخیص ذات الجنبی (پلورسی) کے بیان کے تحت درج کی گئی ہے۔ شعبی ذات الریہ سے تشخیص پر بعد میں غور کیا گیا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 158)۔

انذار۔ لمختی ذات الریہ کی اوسط شرح اموات تقریباً ہائی صدی ہے۔

وہ چھوٹے بچوں میں نہایت کم ہوتی ہے، لیکن عمر کی زیادتی کے ساتھ بڑھتی جاتی ہے۔ بے اعتدالی کی عادتوں والے اشخاص میں اور ان میں جنہیں ناکافی غذا ملی ہو یہ مرض زیادہ ہلک ہوتا ہے۔ سر پہ الوتوع یا تندہیان، قشقرق، نیرض (failing pulse) کبودی اور زراق، یہ سب بدشگونی کی علامات ہیں۔ قسم سوم کا نبقہ ریویہ کہ جس کے خلاف ہمیں کوئی مصل میر نہیں، سب سے تشویش ناک اصابتوں کے لئے ذمہ دار ہے، اور شرح اموات ۴ فی صدی تک پہنچتی ہے۔ قسم اول میں انداز اس سے زیادہ بہتر ہے کہ جتنا قسم دوم میں ہے، کیونکہ شرح اموات اول الذکر میں ۱۰-۱۵ فی صدی اور آخر الذکر میں ۲۰ فی صدی ہے۔ قسم چہارم میں شرح اموات ۲۰ فی صدی ہے۔ امریکہ میں شرح اموات زیادہ ہے۔

علاج۔ مرین مجبوراً بستر پر پڑ جاتا ہے، اور عموماً اسے مرض کی انتہی میں (in the height of the disease) ٹیکوں یا غذا (bed-rest) کے ذریعہ نیم صطحابی (semi-recumbent) حالت میں بہارا دینے کی ضرورت لاتی ہوتی ہے جسے جسمانی آرام اور تشویش سے مبرا ہونا، علاج کے اہم عناصر میں سے ہے۔ غیر ضروری طبی امتحان سے پرہیز کرنا چاہئے۔ مریض کو ایک آزادانہ ترویج رکھنے والے کمرے کے اندر بہا فرما کر گرم تازہ ہوا غنا چاہئے، اسی طرح جس طرح کہ کسی دوسرے ساری مرض میں غذا ایسی دینی چاہئے جو ایک معمولی مرض کیلئے موزوں ہو ملاحظہ ہو صفحہ 21)۔ اس میں دودھ قدرتی طور پر ایک اہم عنصر ہوگا، لیکن انڈے اور اناج (cereals)، دودھ کے پڈنگ (milk-pudding) کی شکل میں، بارلیک کا مالٹ، ملا ہوا دودھ (Horlick's malted milk)، مچھلی یا چوزے کا قیمہ، وغیرہ بھی غذا میں شامل کئے جاسکتے ہیں۔ یہ ضروری ہے کہ اس معاملہ میں مریض کی خواہشات کا لحاظ کیا جائے۔ نقوع لحم البقر (beef-tea)، یا بکری کے گوشت کی پختی (mutton broth)، گوشتات خود غذا میں نہیں ہیں، تاہم ممکن ہے کہ یہ پسندیدہ ہوں۔ ابتدائی درجوں میں آنتوں کو صاف کر دینا چاہئے، اور ایسیٹ یا سائٹریٹ آف امونیئم (acetate or citrate of ammonium) کا استعمال کر کے جلد کے آزادانہ عمل میں مدد دینی چاہئے اور ایسیٹ پوور (Dover's powder) کی خفیف

مقداری دینی چاہئیں۔ آخر الذکر ذات الجنبی درمیں تخفیف پیدا کرے گا یا فیون کی خفیف مقداریں (نچر کے ساتھ قطرے) ملح (saline) کے ساتھ بار بار دینے چاہئیں۔ ممکن ہے کہ مقامی واسقات (local applications) جیسے کہ اینٹی فلاجمن (antiphlogistin) برف کی تھیلی یا کوئی پولیس درمیں تخفیف کر دیں۔ خفیف اصابتوں (mild cases) میں یہی کافی ہو سکتا ہے، لیکن شدید تر اصابتوں میں نڈیان اور ترقی پذیر انبطاح (prostration) کا تدارک بھی ضروری ہو گا۔ اول الذکر کے لئے کلورل (chloral) کلورل امائد (chloralamide) اور پونا سیئم برومائد (potassium bromide) کا استعمال کیا جاسکتا ہے، لیکن جب ہیر (dyspnoea) زیادہ ہو تو کلورل کو احتیاط کے ساتھ دینا چاہئے، کیونکہ وہ قلب اور تنفس پر خافض (depressing) اثر رکھتا ہے۔ اسی سبب کی وجہ سے آخری درجوں میں مارفیا (morphia) کا استعمال کمی کے ساتھ کرنا چاہئے۔ ہیوسین ہائڈرو برومائد (hyoscine hydrobromide) (ہیپ گریں) کا تحت الجلدی اشراب اکثر مفید اور نسبتاً خالی از خطر ہوتا ہے۔ بڑھتے ہوئے قبل تب کیلئے ڈیجٹالس اکثر دیا جاتا ہے اور برائڈی یا ڈوسٹر سپرٹ کی تھوڑی تھوڑی مقداریں تین یا چار اوش تک روزانہ دیا جاسکتی ہیں، جہاں قلب کے دائیں جانب کا فشل (right-sided failure) موجود ہو وہاں فصلا (venesection) کی ضرورت ہو سکتی ہے۔ لیکن آکسیجن ان سب پیچیدگیوں کے لئے بہترین علاج ہے۔ جب نالیوں میں افزائ زیادہ ہو تو امونیم کاربونیٹ (ammonium carbonate) (ہٹا مائگرین ہر میسرے یا چوتھے گھنٹے) دے سکتے ہیں۔ حال ہی میں مصنوعی استرواح (artificial pneumothorax) کام میں لایا گیا ہے اور وہ ذات الجنبی درد (pleuritic pain) کے دفع کرنے میں کامیاب ہوا ہے (27)۔ جب بحران (crisis) ختم ہو گیا ہو اور تپش گر کر درجہ طبعی پر آگئی ہو تو علاج کا منشاء محض یہی ہونا چاہئے کہ کائین (quinine) اور دوسرے مقویات کے استعمال سے مریض کو تقویت پہنچائی جائے۔

یہ امر اب تسلیم کیا جاتا ہے کہ فیلٹن (Felton) کے مرکز ضد متقی ریڈی مصل (anti-pneumococcal serum) کے ذریعہ جان بچ سکتی ہے، بلکہ مرض دب بھی جاتا ہے۔ موجودہ زمانہ میں اس کی قیمت گراں اور مقدار محدود ہے، لہذا ایسے

مریضوں تک جو سترہ سال سے اوپر ہوں اور جن میں انداز خراب ہو، اس کا استعمال محدود رکھنا بجا ہے، اور ناگہانی آغاز اور شدید انبطاح، کمزور سرخ نبض، خفیف پیش اور خفیف پسید خلوی مجبیت اور مثبت دموی کاشت اس کے خاص واعیات ہیں۔ تبقہ دیویہ کی قسم کی تعیین کرنا ضروری ہے، لیکن یہ کام چند منٹ کا ہے اور صرف قسم اول اور قسم دوم کے خلاف فائدہ مند ہے۔ قسم اول کا مصل اور قسم اول و دوم کا مخلوط مصل حاصل ہو سکتا ہے۔ اس کو مرض کے صرف پہلے پانچ دنوں میں دینا چاہئے اور قسم اول کے مقابلہ میں قسم دوم کی اصابتوں میں وکئی معتاد ہوتی چاہئے۔ اول الذکر میں ۲۰۰۰ اکائیاں، مالمج سے مرتق کر کے، جو کہ حموی تعاملات روکنے کی غرض سے سناڑہ تیار کیا جاتا ہے، آہستہ سے دروں وریدی طور پر دی جاتی ہیں۔ اسی جسامت کی دوسری اور تیسری معتادیں، آٹھ سے لے کر ۱۲ گھنٹوں کے وقفوں سے دی جاتی ہیں اور گاہے ایک چوتھی یا پانچویں معتاد کی بھی ضرورت ہوتی ہے۔

آکسیجن کا استعمال۔ جب کبودی یا زراق ہو تو آکسیجن دینی چاہئے۔ عملی اغراض کے لئے دو طریقے میسر ہیں۔ (۱) انفی قٹیلر (nasal catheter)۔ استوائے کو جو کہ ایک دقیق شست والے تنظیمی مصراع سے آراستہ ہوتا ہے، پہلے ایک ولف (Woolf) کی بوتل کے ساتھ مربوط کر دیا جاتا ہے کہ جس میں پانی ہوتا ہے، اور پھر ایک ربر کے قناطیر کے ساتھ کہ جس کو عین ناک کی پشت تک وصل کیا دیا جاتا ہے۔ رابطہ انبویہ چوڑی ہونی چاہئے اور اس کا قطر ۱/۸ انچ سے کم نہ ہونا چاہئے۔ بوتل میں شجوب کو ایک مستقل رفتار پر رکھ کر آکسیجن کی رسد کی رفتار کو باقاعدہ کیا جاسکتا ہے۔ اس کا اندازہ ایک پائنٹ (pint) کا ناپ پانی سے بھر کر اور اس کو ایک پانی کے قیلے پر اٹھا رکھ کر لگایا جاسکتا ہے۔ قناطیر کو ناپ کے نیچے رکھنے سے پانی کی جگہ آکسیجن لے لیتی ہے۔ ایک بالغ کی صورت میں ایک پائنٹ جمع کرنے کے لئے تقریباً ۲۰ سیکنڈ ہونے چاہئیں۔ بچوں کے لئے رفتار کم ہوتی ہے۔ قناطیر کو ناک کی بجائے منہ میں نہایت پیچھے تک دھکیلا جاسکتا ہے۔ ایک دوسری ترکیب ایک دوہری نلی ہے جس کی ٹونٹیاں دونوں تختوں کے عین اندر ہوں۔ (کر Muller کا مصراع، جس طرح کہ اس کو ڈیوینز (Davies) اور گلکراسٹ (Hilchrist)







الف۔ اسیجن کا نیمہ۔ کافی کے نمونہ کا



ب۔ شعبی الہاب الیہ ایک بچہ میں۔ (شعاع نکاشت مرلنڈ سے لاکھ لی ہے)

المعال صفحہ ۱۰۰

استعمال کرتے ہیں جو کہ زیر کے دوران میں آکسیجن کے بہاؤ کو روک دیتا اور اس طرح ضیاع سے بچاتا ہے، حقیقت میں غیر ضروری ہے۔ آکسیجن کو قیف کے ذریعہ دینے کا مسر خانہ اور غیر موثر طریقہ کبھی استعمال نہ کرنا چاہئے۔

(۲) آکسیجنی خیمہ (oxygen tent)۔ خیمہ کا اصول یہ ہے کہ مریض ایک آکسیجن سے بھر پور (۴۰ تا ۶۰ فی صدی) فضا میں رہتا ہے کہ جس میں سے کاربن ڈائی آکسائیڈ، رطوبت اور گرمی دور کر دی گئی ہوں۔ کئی ایک مختلف خیمہ جات بیان کئے گئے ہیں۔ صفحہ ۴ الف میں جو خیمہ ہے اس میں سے گرمی اور رطوبت برف سے بھرے ہوئے ظروف کے ذریعہ دور کی جاتی ہے کہ جو خیمہ کی چمت میں سے داخل کئے جاتے ہیں۔  $CO_2$  کو دور کرنے کے لئے فضا کو ایک سوڈا لائم (soda-lime) کے ڈبے میں سے ایک ”مشرّب“ (injector) کے ذریعہ ترویج کیا جاتا ہے، کہ جس کو ایک پیچ کے ذریعہ استوائی کے سر کے ساتھ چکا دیا جاتا ہے تاکہ استوائی کے اندر کا آکسیجن کا دباؤ ایک قوت محرکہ بہم پہنچائے (49)۔ خیمیں آکسیجن اور کاربن ڈائی آکسائیڈ کی مقدار فی صدی دریافت کرنے کے لئے ایک سرسری تالہ موجود ہوتا ہے۔ ذات الریہی مریضوں پر شریانی و خزانہ (arterial puncture) سے حاصل کردہ تجربی شہادت موجود ہے کہ خیمہ انہی قاطعہ کی نسبت زیادہ موثر ہے۔ خیمہ سے کئی ذمہ داریاں بچ گئی ہیں جو اگر انہی قاطعہ کے علاج پر اصرار کیا جاتا تو تقریباً یقیناً ضائع ہو گئی ہوتیں۔ مصنف ہذا نے آکسیجنی خیمہ کے ذریعہ ذات الریہ کی ۲۸ تشویشناک اصابتوں میں سے ۲۰ اصابتیں بچائی ہیں۔ سوال پیدا ہوتا ہے کہ آیا آکسیجن کے علاوہ  $CO_2$  دینا چاہئے یا نہیں۔ اس کے لئے دور میں  $CO_2$  کا مکمل انجذاب روک دینا چاہئے تاکہ مریض اس  $CO_2$  کو جو کہ اس نے خود پیدا کی ہے جزوی طور پر دوبارہ سانس میں لے لے۔ مصنف ہذا کی رائے میں  $CO_2$  کو شاید ذات الریہ کے ابتدائی درجوں میں دیا جاسکتا ہے اس غرض سے کہ تنفس کی گہرائی زیادہ ہو جائے اور ایک خفیف کھانسی واقع ہو اور غماط کا وہ لزج صام اکھڑ جائے جو کہ سابقہ بیان کے مطابق مرض کا اولی سبب ہے۔ اس طریقہ سے مرض کو دایا جاسکتا ہے۔ تاہم مرض کے آخری

دجوں میں جب کہ قلب تنک جاتا ہے صرف ہیکسجن استعمال کرنی چاہئے۔ یہ ایک عجیب امر ہے کہ خیمہ میں ذات البطنی درد اکثر زائل ہو جاتا ہے۔

## فریڈ لینڈر کا ذات الریہ

(Friedlander pneumonia)

اُن اصابتوں پر مشاہدات کرنے سے جن میں لختی ذات الریہ فریڈ لینڈر کے عصیہ ذات الریہ کی وجہ سے ہوا ہے، معلوم ہوتا ہے کہ وہ عموماً ایک شدید مرض ہوتا ہے، جس کا انداز خراب ہوتا ہے۔ ایک ہلکے اصابت میں سش سرخ رنگ کی نسبت زیادہ ایک یا ہی مائل راوی رنگ پیش کرتا ہے اور تراش پیچھے (slimy) مخاط سے ڈھکی ہوئی ہوتی ہے۔ جو فیروں میں کثیر التعداد دھیتے اور نقشہ پذیر مہر ملہ موجود ہوتا ہے۔ تھج اور گنگرین اس سے زیادہ کثیر الوقوع ہوتے ہیں کہ جتنے معمولی قسم میں ہوتے ہیں اور پیش زیادہ تغیر پذیر ہوتی ہے۔ فریڈ لینڈر کے عصیہ کے ساتھ بقدریویہ بھی ہو سکتا ہے اور اول الذکر لختی اور لختی ذات الریہ دونوں کا سبب ہو سکتا ہے۔

## شعبی ذات الریہ

(broncho-pneumonia)

[انازلتی (catarrhal)، لختی (lobular) یا سرخنکی

ذات الریہ (interstitial pneumonia)]

بحث اسباب - (۱) اولی شعبی ذات الریہ (primary

broncho-pneumonia) - جب بقدریویہ خالص کاشت میں پانچ سال سے نیچے

کے بچوں میں سش پر حملہ آور ہوتا ہے تو وہ ایک تمثیلی لختی ذات الریہ (typical

lobar pneumonia) پیدا کر سکتا ہے، لیکن وہ زیادہ اکثر سش کے جو فیروں پر

چکیتوں کی صورت میں حملہ آور ہوتا ہے۔ ایسی اصابتوں کو اولی شعبی ذات الریہ

(West) یا اولی لختی ذات الریہ کہتے ہیں۔ اگر پھیپھڑوں میں چیتی دار توزیع

(patchy distribution) سے قطع نظر کیا جائے تو یہ اماتیں اوپر بیان کئے ہوئے  
 لختی ذات الریہ سے مشابہ ہوتی ہیں، اور ان میں متلازم شعبی الہتہاب (bronchitis)  
 نہیں موجود ہوتا۔ ان کے متعلق کچھ اور کہنے کی ضرورت نہیں۔ (۲) حقیقی شعبی  
 ذات الریہ جسے بعض اوقات ثانوی شعبی ذات الریہ یا حاد درختی  
 ذات الریہ کہتے ہیں ہمیشہ چھوٹے شعبات کے الہتہاب سے شروع ہوتا ہے  
 اور گروہ پیش کے ہوائی خویصلات کے اندر پھیل جاتا ہے۔ یہ عموماً تین سال سے نیچے  
 کی عمر والے بچوں میں واقع ہوتا ہے۔ یہ کھرا اور کالی کھانسی کی کثیر الوقوع چھیدگی  
 کے طور پر ہوتا ہے، اور دوسرے ساری امراض (یعنی حئی قمریہ اور انفلوئنزا وغیرہ)  
 کے بعد بھی ہو کر رہتا ہے۔ خیال کیا جاتا ہے کہ شہروں میں رہنے والے خراب تغذیہ  
 رکھنے والے بچے شعبی ذات الریہ میں مبتلا ہونیکا زیادہ امکان رکھتے ہیں، اور طلب  
 ہے کہ کماحقہ بھی اس کی استعداد پیدا کر دیتی ہے۔ بالغوں میں شعبی ذات الریہ  
 فذات غریبہ (foreign particles) بالخصوص طلق کے عفونی مادوں کے پھیپھڑوں  
 کے اندر استنشاق سے واقع ہوتا ہے (استنشاقی ذات الریہ: inhalation pneumonia)۔  
 یہ ذہنیہ یا کے شعبی نالیوں کی راہ سے نیچے شعبات (bronchioles) تک  
 پھیل جانے کا ایک عام نتیجہ ہوتا ہے۔ یہ اکثر کسی بھی طویل المدت لاغری پیدا  
 کرنے والے مرض (wasting disease) میں ایک اختتامی واقعہ ہوتا ہے، بالخصوص  
 بوڑھوں میں جو ہفتوں تک اضطرابی حالت میں رہنے پر مجبور ہوئے ہوں۔ جب یہ  
 شش کے اسفل حصوں پر حملہ آور ہوتا ہے تو اسے ساکودی ذات الریہ (hypostatic pneumonia)  
 کہتے ہیں۔ یہ ان اعمال جراحیہ کے بعد ہو سکتا ہے جو عمومی حسیت  
 (general anaesthesia) کے تحت کئے گئے ہوں، اور ان لوگوں میں جو تقریباً  
 غرقاب ہو گئے ہوں یہ موت کا ایک کثیر الوقوع سبب ہوتا ہے۔ مری کا سرطان  
 (carcinoma of the oesophagus) شش پر حملہ آور ہو کر ذات الریہ پیدا  
 کر کے ہلک ہو سکتا ہے۔ لیکن ممکن ہے کہ عفونی فذات عروق دمویہ کے ذریعہ  
 شش میں پہنچ جائیں، اور تنقیع الدم (pyaemia) اپنے تفریقی ذات الریہی مراکز کے  
 باعث نمیز ہوتا ہے۔ ان میں سے بہت سی اماتوں پر عفونی ذات الریہ

(septic pneumonia) کی اصطلاح کا اطلاق کیا جاتا ہے۔

شعبی ذات الریه کی جرثومیات پیچیدہ ہے اور بہت سے جراثیم مختلف امتزاجات میں پائے گئے ہیں۔ ایک نوعی بخار مثلاً کھسرایا انفلوئنزا کے متعلق یہ سمجھنا چاہئے کہ یہ فرد کی قوت مدافعت پر خافض اثر ڈالتا ہے جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ پھیپھڑوں پر مختلف عضویہ مائعوں کی طرح ہوتا ہے جو جاتے ہیں۔ ریاستہائے متحدہ کی فوج میں دم پاش نبتہ سبجیہ (haemolytic streptococcus) ایک نہایت اہم عامل اور سب سے زیادہ ہلاک پایا گیا، لیکن بعض موقعوں پر نبتہ یو ایو عسیدہ انفلوئنزا (B. influenza) اور نبتہ سبجیہ عسیدہ (streptococcus aureus) بھی موجود تھے۔ فریڈ لینڈ کا عسیدہ اور ڈفٹیریا کی اصابتوں میں کلیتہاً لافظ کا عسیدہ (Klebs-Löffler bacillus) بھی پائے جاتے ہیں۔

مرضی تشریح - شعبی ذات الریه میں تجمد شش کے طول و عرض میں گروہوں کی شکل میں منتشر ہوتا ہے جو اکثر جدا جدا ہوتی ہیں، لیکن باہم مل کر نسبت بڑے تو دسے بنا دینے کا رجحان رکھتی ہیں (التقائی شعبی ذات الریه) : confluent broncho-pneumonia: بائیں یہ گروہیں آنکھ سے ایک دوسرے سے جدا شناخت ہو سکتی ہیں۔ تراشنے پر جامد شش متحد و چھوٹے رمادی مراکز پر مشتمل نظر آتا ہے جو زف آذیا اور ہبوط (collapse) کے سیاہ سسج منطوقوں سے گھرے ہوئے ہوتے ہیں شش نرم اور خستہ (friable) ہوتا ہے اور پھوڑنے پر اس کی چھوٹی نالیوں سے پیکے ایک قطرے (bead) کا ارتشاج ہوتا ہے۔ اس عمل کو بعض اوقات قطعت الریه (splenisation of the lung) کہتے ہیں جس میں سے دیکھنے پر متیز و مخصوص ضررات یہ ہوتے ہیں: زخنی التهاب جو شعبی اور جو فیزی دیواروں کو مآؤف کرتا ہے، اور گرد شعبی التهاب عروق

158

لمفائیہ (peribronchial lymphangitis) جن میں شدید اصابتوں میں دریز خلیہ کثیر الاشکال (polymorpha) ہوتے ہیں۔ شعبہ اور جو فیزے کا درونہ نازک مافیہ سے پر ہو جاتا ہے، خاص کر بڑے درخلی خلیوں سے، لیکن کچھ مدت والی اصابتوں میں شعبی اور ان کی ہم پہلو جو فیزی دیواروں میں نئی لینی بافت کی مکون موجود ہوتی

ہے۔ چنانچہ اس حالت پر مرنجکی شعبی ذات الریہ (interstitial broncho-pneumonia) کے نام کا اطلاق اکثر اسی مناسبت کی وجہ سے کیا جاتا ہے۔ شعیات اور طقیص زدہ عروق لمفاویہ (thrombosed lymphatics) میں نباتات سببیہ بہ افراط ہوتے ہیں۔ جب التهاب حلق تک پہنچ جاتا ہے تو عموماً کسی قدر ذات الجنب موجود ہوتا ہے۔ نہایت حاد اور مہلک اصابتوں میں یعنی بافت کی تکوین نہیں ہوتی اور نباتات سببیہ جو فیروزوں پر چڑھ کر تھے ہوئے نظر آتے ہیں شش کے اندر پھوڑے بن سکتے ہیں۔

علامات اور طبیعی امارات۔ اول الذکر کھانسی پُر اور ارتفاع حرارت (pyrexia) میں اور آخر الذکر منضبط مضررات کی ہمت اور جائے توج کے لحاظ سے مختلف ہوتے ہیں۔ اگر بچہ کو سابقہ شعبی التهاب کے باعث پہلے ہی سے کھانسی ہو کر سینہ پر خرخرات (rhonchi) اور لغطات (râles) موجود ہوں تو جو فیروزوں کی مائوفیت (implication) حرارت کے ۱۰۲ یا ۱۰۳ درجہ تک چڑھ جائے، کھانسی کے مختصر (short) خشک اور درخیز ہو جائے اور لغطات (râles) کے زیادہ وافر ہو جائے اور متغیم (consonating) نوعیت اختیار کر لینے سے ظاہر ہوتی ہے۔ لیکن بہت سی اصابتوں میں ایسے خرخرات (rhonchi) نہیں موجود ہوتے اور طبیعی امارات ایک یا زائد ایسے رقبوں پر مشتمل ہوتے ہیں جو کم یا بیش وسیع ہوتے ہیں اور ایک یا دو فوں پھیسپٹروں میں موجود ہوتے ہیں اور ان میں زیادہ ترین چٹخنے والے لغطات (sharp crackling râles) نالی دیتے ہیں، جن کے ساتھ قریبی آواز بہت کم متغیر ہوتی ہے۔ یا طبیعی امارات ایسے رقبوں پر مشتمل ہوتے ہیں جو توزیع میں بے قاعدہ ہوتے ہیں۔ ساتھ ہی کافی تعداد میں متحدہ لختکوں کے اجتماع کے باعث ان پر اصمیت شعبی تنفس اور شعی صوتیت (bronchophony) ہوتی ہے۔ جوں جوں مرض ترقی کرتا ہے ایسے رتبے بڑھ یا گھٹ سکتے اور پھیل یا صاف ہو سکتے ہیں۔ ساق (sputum) مخاط یا مخاطی ریم پر مشتمل ہوتا ہے جس کے ساتھ خون کی دھاریاں کمی ہوتی ہیں اور کمی نہیں ہوتیں۔ لیکن نو عمر بچے اسے عموماً نگل جاتے ہیں۔ استثنائاً آواز ادا نہ نفث الدم (haemoptysis) ہو سکتا ہے۔

مرض کا مَرُاس قدر متین نہیں ہوتا جس قدر کہ نعتی ریوی ذات الریہ میں۔ ممکن ہے کہ مرض ایک ہفتہ میں ختم ہو جائے، لیکن اکثر وہ تین یا چار ہفتوں، بلکہ زائد تک قائم رہتا ہے۔ پیش عموماً مُتَفَتِّر (remittent) ملکہ متوقف (intermittent) ہوتی اور اکثر تَحْلُل سے (by lysis) گرتی ہے۔ وہ بہت بیقاعدہ ہو سکتی ہے۔ سانس تیز اور منقلب (inverted) ہوتی ہے، جو شخص میں اکثر نہایت مفید ہوتا ہے۔ ایک سر مع الوقوع شہیق (inspiration) ہوتا ہے، پھر نصف سیکنڈ کے لئے سانس روک لی جاتی ہے، پھر زفير (expiration) ایک غیر غراہٹ (grunt) کے ساتھ واقع ہوتا ہے اور پھر اس کے بعد بلا کسی وقفے کے دوبارہ شہیق واقع ہوتا ہے۔ دوران شہیق میں نیچے والی بین الاضلاع فضا میں دَب جاتی ہیں۔ کھانسی بہت ہوتی جو چہرہ و سرخ تہمتا اٹھتا ہے، یا زیادہ شدید اصابتوں میں پھیپکا اور کبود ہو جاتا ہے۔ نبض تیز اور صغیر (small) ہوتی ہے۔ ہڈیاں اکثر موجود ہوتا ہے۔ امارات اکثر دوران مرض میں بار بار بدل جاتے ہیں، جس سے ظاہر ہوتا ہے کہ مرض ایک حصے میں صاف ہو گیا ہے، اور دوسرے حصوں میں تازہ حملے ہو رہے ہیں۔ مرض اکثر دونوں پھیپھڑوں پر حملہ آور ہوتا ہے۔ شفا یابی زیادہ تر تدریجی ہوتی ہے، نہ کہ نعتی ریوی ذات الریہ کی طرح ناگہانی۔ موت سے پہلے تشنجات (convulsions) ہو سکتے ہیں۔

تشخیص۔ شعبی ذات الریہ اس کے ابتدائی درجات میں دوسری سادہ بیماریوں سے جن میں تیز بخار ایک متمیز خصوصیت ہو، غلط ملط ہو سکتا ہے، جیسے کہ تپ محرقہ۔ اور چونکہ بچوں میں ہر جاد بیماری کی وجہ سے نمایاں دماغی علامات پیدا ہو جاتے ہیں، امکان ہوتا ہے، لہذا ممکن ہے کہ اس وجہ سے التهاب منہ یا کی تشخیص کر لی جائے۔ اس شعبی التهاب اور صدری علامات کے غلبہ کی وجہ سے ممکن ہے کہ غلطی کا ارتکاب نہ ہو، لیکن ممکن ہے کہ چند روز تک رائے کو ملتوی کرنا پڑے۔ طویل المدت شعبی ذات الریہ تِلْدَرَن (tuberculosis) کا شبہ پیدا کر سکتا ہے، جس میں تیز بخار، ہر جگہ پھیلے ہوئے نَفَطات (râles) کبودی اور کھانسی نمایاں علامات ہوتے ہیں۔ شعری شعبی التهاب (capillary bronchitis) میں ہیر (dyspnoea) کچھ تیزی اور نَفَطات موجود ہوتے ہیں، لیکن یہ نَفَطات عموماً قاعدوں تک محدود ہوتے



میں۔ شعبی نفس نہیں ہوتا۔ ممکن ہے کہ ریوی نفٹ بکثرت ہو۔ التفانی شعبی ذات الریه (confluent broncho-pneumonia) کی لختی ذات الریه سے تشخیص مشکل ہو سکتی ہے۔ آخر الذکر حالت میں سش پر کے امارات زیادہ یکساں ہوتے ہیں، مگر ممکن ہے کہ بخور (crisis) ہو جائے۔ شعبی ذات الریه میں التهاب شعیبات (bronchiolitis) موجود ہوتا ہے، جیسا کہ دونوں پیسپیٹروں میں کے تیز پذیرائی والے ختم لقطات (consolidating râles) سے ظاہر ہوتا ہے، اور چونکہ حرکتی التهابی عمل کے انہ کے درجہ میں ایک دوسرے سے مماثل نہیں ہوتیں، لہذا اصوات نفس سبائی نفس (puerile breathing) سے لیکر تغیر پذیر ارتطاح (varying pitch) کے، کاملی نوعیافتہ، شعبی نفس تک اختلاف پذیر ہوں گے۔ لیکن خاص امتیاز یہ ہے کہ شعبی ذات الریه میں بخار زیادہ طویل اور اختلال (resolution) زیادہ آہستہ ہوتا ہے۔ ایک مثالی شعاع نگاشت صفحہ نمبر 156 میں دکھائی گئی ہے۔

انذار۔ اگرچہ اس قسم کا ذات الریه بنی ریوی قسم کی نسبت بہت زیادہ ہلکے ہوتا ہے، کسی دی ہوئی اصابت میں انذار کا انحصار علامات کی عام رفتار پر ہونا چاہئے۔ وہ اصابتیں جو بظاہر یاس انگیز (desperate) ہوتی ہیں اکثر شفا یاب ہو جاتی ہیں، لہذا ناموافق رائے دینے میں کس قدر احتیاط کی ضرورت ہے۔ بڑھوں کے شعبی ذات الریه میں اور اس میں جو جامہ ذات کے استنشااق کے سبب سے ہو، انذار زیادہ خطرناک ہوتا ہے۔

علاج۔ علاج انھیں عام اصولوں پر کرنا چاہئے جو معمولی ذات الریه کی حالت میں اختیار کئے جاتے ہیں۔ مگر وہ خوب ترویج دار ہونا چاہئے، جس میں مریض کو ہوا آزادانہ طور پر پہنچتی ہے۔ کھلی ہوا کا علاج کامیابی کے ساتھ آزمایا گیا ہے۔ اگر نفس میں دقت ہو یا کبودی موجود ہو تو آکسیجن طویل عرصوں تک مسلسل دینا چاہئے، وہ آکسیجنی خمیرہ خصوصیت سے موزوں ہے۔ ریوی افراد خشک کرنے کے لئے پھر۔ بیلادونی (tr. belladonna) ۳ تا ۵ قطروں کی مقداروں میں بالکل چھوٹے کچوں کو دیا جاسکتا ہے۔ بعض اوقات ایلروپین (atropine) کے اثرات بھی سنے جاتے ہیں۔ منقعات (expectorants) چھوٹے کچوں کے لئے عموماً پسندیدہ

ہیں، کیونکہ وہ بئاساق کو کھانکنا نہ لانے کی قوت نہیں رکھتے۔ شدید امصاتوں کے لئے اکثر مہمات (stimulants) کے قدرے آزادانہ استعمال کی ضرورت ہوتی ہے، مثلاً تین یا چار برس کے بچے کے لئے برانڈی (brandy) کے ۲۰ قطرے ہر گھنٹے۔ یا لاکٹر اسٹریکنین (liquor strychnine) کے ۲ قطرے اس عمر میں روزانہ دو یا تین بار شرب کئے جاسکتے ہیں اور شیر خواروں میں نسبتاً کم مقداریں۔

## خراج شش

(abscess of the lungs)

پھیپھڑے کا پھوڑا قلعج الدم کا یا ماد ذات الریه کا نتیجہ ہو سکتا ہے۔ یہ انہی عوامل سے پیدا ہو سکتا ہے کہ جوشش کا منگرنین واقع کرتے ہیں (حوالہ ملاحظہ ہو) یا قرب وجوار کے قلعج مثلاً دیلکازیر ڈائفرامی خراج یا کیستی مرض یا شعاع فطریہ کے پھیل جانے سے پیدا ہو سکتا ہے۔ تجدد شش سے خراج کی تفریقی تشخیص مشکل ہوتی ہے تا وقتیکہ خراج پھوٹ کر پیپ خارج نہ کر دے۔ پھر اس کے اساسی امارات (cardinal signs) یہ ہوتے ہیں: (۱) ریہی بئاساق جو ممکن ہے کہ بدبودار (foul) (۲) کھانسی اور دھماکے کے ساتھ نفث (explosive expectoration)۔ (۳) بئاساق کے اندر لچکدار بانفت اور جو فیزی ترتیب (۴) قرع کرنے پر محدد (circumscribed) امیت۔ (۵) لاشعاع سے ایک کہفہ اور اس میں سیال کے لیول کا نظر آنا۔ جب اس کہفہ کا سیال مافیہ کھانسی سے باہر نکل چکا ہو تو کہفہ کے معمولی امارات موجود مل سکتے ہیں جیسے کہ کہفہ بڑا ہونے کی صورت میں طبلی گنگ کہنگلی (cavernous) یا قدی (amphoric) تنفس، فلزی جھنگار (metallic tinkling) اور صد کلامی (pectoriloquy) قلعج الدم کے متعدد چھوٹے چھوٹے پھوڑے کہنفوں کے طور پر نہیں شناخت کئے جاسکتے۔ فی الحقیقت ان کی موجودگی عموماً گرد و پیش کے تجدد یا ذات الجنبی انصباب کی وجہ سے مخفی رہتی ہے (صفحہ ۵)۔

انذار اور علاج۔ شعبہ بینی (bronchoscopy) نے انذار میں ایک انقلاب پیدا کر دیا ہے۔ یہ مشاہدہ کر کے کہ پیپ کس شعبہ سے آ رہی ہے خراج کا مقام



الف



الف اور ب۔ پھیپھڑے کا پھیڑا۔ خارجی کہفہ میں پیپ کا سیال لیول دکھانے کے لئے یہ انتصابی اور  
جانبی وضعوں میں لی گئی ہیں۔ صفحہ ۲ ب صفحہ 137 سے مقابلہ کرو۔ (شعاع نگاشتیں سٹرلنڈ سے لاک

نے لی ہیں)

متعین کیا جاتا ہے، اس کے بعد اصول یہ ہے کہ تسدد کو جو ممکن ہے مکمل یا جزوی یا مصدعی نوعیت کا ہو دور کر دیا جائے۔ پیپ کو خراجی کبفہ میں سے مخصوص کر لیا جاتا ہے اور پھر اس میں گوینال (gomenol) کا تیل ٹپکا دیا جاتا ہے۔ جب پیپ کا بڑا حصہ نکل جائے تو ب سے نیچے کی تہ کی کاشت کرنے سے ساری عامل حاصل کاشت میں حاصل ہوتا ہے اور اس سے ایک بدریں تیار کی جاسکتی ہے۔

ونٹ (Vincent) کا مرغولچہ (spirillum) اور مکملہ ناعصب (fusiform bacillus) غیر عام نہیں ہیں۔ کبفہ کی جسامت اور شکل شعبہ بین کے ذریعہ لبہ مدال (lipiodol) ٹپکا کر متعین کی جاسکتی ہے۔ واحد شعبہ بینی سے شفا یابی ہو سکتی ہے اگر نہ ہو تو سکا تکرار کرنا چاہئے۔ دیگر عوامل جو تقيج پیدا کرتے ہیں شعبہ بینی کے ذریعہ ص ذیل دریافت ہوئے ہیں، گھانسی کے معکوسہ کا کمزور ہونا، مارفیا اور اٹروپین کی بیش مقدار (overdosing) مثلاً طور پر جم غریبہ یا غیضیت نمایہ کی ہو جی مثلاً سمدانہ اور شاذو سرایتیں مثلاً ہنوسی فطریہ (blastomycosis) اور شعاع فطریہ (actinomyositis)

-(64)

160

## لنفی شش

(fibroid lung)

[تلیف شش (fibrosis of the lung) مزمن]

ذات الریه (chronic pneumonia)

بحث اسباب۔ مرض شش کی یہ شکل متبادلہ شاذ ہوتی ہے، الہا بچوں میں، وجہ یہ ہے کہ بانوں میں ریوی یافت کے مزمن التهابات غالب تعداد میں تدرن کے ساتھ متلازم ہوتے ہیں۔ وہ اصابتیں جن میں ایک مزمن التهاب تدرن سے الگ واقع ہوتا ہے اور جنہیں لنفی شش (fibroid lung) کا نام دیا گیا ہے صرف شاذ حالاتوں میں ایک پیش رو حادثہ تختی ذات الریه (acute lobar pneumonia) سے پیدا ہوتی ہیں۔ لیکن شعبی ذات الریه ایک زیادہ کثیر الوقوع پیش رو ہوتا ہے۔ دوسری مثالوں میں مزمن شعبی التهاب (chronic bronchitis)

اور ذات البجنب (pleurisy) سبب ہوتے ہیں  
 لیفی شش کا ایک اہم گروہ وہ ہے جو مختلف کارسٹونوں اور کانوں میں کام کرنے والے  
 کاریگروں میں ہوتا ہے اور جسے تلتوب الریہ (pneumokoniosis) کہتے ہیں۔  
 اس میں کوئلہ، دھات، مثلاً، کرند (emery) کار پتھر (quartz) روئی کے ریشے،  
 روئوں (fluff) وغیرہ کی گرد سے بھرتے ہوئے گرد ہوائی کا متواتر استنشاق ایک  
 طویل المدت منبع خراش ثابت ہوتا ہے۔ اس امر کے لحاظ سے کہ متعلقہ خراش  
 آور کیا ہے، اس مرض کے نام مختلف ہوتے ہیں، مثلاً شش فحمیت (anthracosis)  
 (کوئلہ کے براؤں سے)، سیویسی صوانیت (silicosis) (پتھر کے ریزوں سے)  
 جو کہ بعد میں بیان کی جائے گی) سیویسی سبستوسیت (asbestosis)  
 (اسبتاس سے)۔

مرضی تشتریک - تلیف (fibrosis) شش کا تیز منظر ہوتا ہے جب  
 لیفی شش ذات الریہ یا شعبی التهاب سے پیدا ہو جاتا ہے تو لیفی ساخت کے ڈورے  
 جوشش میں سے عبور کرتے ہیں، نسبتاً چھوٹے شعبات کی دیواروں کے التهاب  
 سے، اور گرد شعبی التهاب عروق لمفائیہ (peri-bronchial lymphangitis) سے  
 پیدا ہوتے ہیں (جیسا کہ شعبی ذات الریہ میں بیان ہو چکا ہے) جس کی وجہ یہ ہے کہ  
 انبوبات کا ڈورنہ اریکی بافت (granulation tissue) سے بالکل محدود ہو جاتا ہے۔  
 چنانچہ یہ انطماسی شعبیاتی التهاب (obliterative bronchiolitis) دراصل  
 وہی عمل ہے جو تمدد الشعب (bronchiectasis) پیدا کرتا ہے، باستثناء اس کے  
 کہ آخر الذکر حالت میں نسبتاً بڑے انبوبات ماؤف ہو کر کھپے بن جاتے ہیں۔ اسی  
 وجہ سے تمدد الشعب اور لیفی شش عموماً ایک دوسرے سے متلازم ہوتے ہیں، لیکن اگر  
 التهابی عمل صرف چھوٹے انبوبات تک محدود ہو تو صرف لیفی شش پیدا ہو جاتا ہے  
 (10) لیفی بافت کی اس بالیدگی کے ساتھ انقباض واقع ہو جاتا ہے، اور ممکن  
 ہے کہ شش کی قدرتی جماعت گھٹ کر صرف دو ٹکٹ یا آدھی ہو جائے شش کے  
 انقباض کا یہ نتیجہ ہوتا ہے کہ احشاء اپنی جگہ سے ہٹ جاتے ہیں، اور چونکہ عموماً صرف  
 ایک ہی جانب ماؤف ہوتی ہے لہذا واسطہ (mediastinum) اسی سمت مچھ

آتا ہے۔ آخری درجوں میں ممکن ہے کہ سارا شش متغیر ہو کر لیفی یافت کا ایک کثیف تودہ بن جائے۔ مہضہ کی موجودگی کی وجہ سے مختلف چمکوں کا رمادی رنگ ظاہر کرتا ہے (of various shades of grey) اور قوام میں لوچدار (tough) اور چاقو سے کاٹنے پر کرکرا (creaking) ہوتا ہے۔ پلیورازاد (pleurogenous) اصابتوں میں ان ڈوروں کی پیدائش کا طریقہ غالباً مختلف ہوتا ہے، اور ان اصابتوں میں شش ایک دبیز لیفی تہ کے ذریعہ سینہ سے مثبت ہوتا ہے۔

علامات اور ممر۔ یہ مرض عموماً مزمن ہوتا ہے، اور وہ مریض جن میں یہ شناخت میں آ جاتا ہے، عموماً پہلے ہیمینوں یا برسوں شکایت کرتے رہے ہیں۔ مریضوں کی سانس پھول جاتی ہے، اور انھیں کھانسی اور نفث (expectoration) ہوتے ہیں جو شش کے کہنوں کی وسعت کے لحاظ سے مختلف ہوتے ہیں (ملاحظہ ہو تمدد الشعب: bronchiectasis) مریض اکثر دہلا پلا ہوتا ہے، لیکن ممکن ہے کہ خوب تغذیہ یافتہ (well nourished) ہو، اور یہ ہر حال وہ کچھ عرصہ کے لئے اس بخار شب عرقی (night sweating) اور عام بینینی احتمال سے مُبرا ہوتا ہے، جو کہ سل ریوی میں مشاہدہ میں آتے ہیں۔ نفث الدم اکثر موجود ہوتا ہے۔ یہ مرض عموماً ایک جانبی ہوتا ہے۔ سینہ کی تناظر جانب باز کشیدہ (retracted) شائے دبے ہوئے اور عظم الکف کا زاویہ باہر کو ہٹا ہوا ہوتا ہے۔ صدم القلب ماؤف جانب کے طرف ہٹا ہوا ہوتا ہے، اور سینہ کی تندرست جانب بیش گلی (hyper-resonant) ہوتی ہے۔ ماؤف جانب صرف خفیف سی پھیلتی، اور قرع کرنے پر اتم (dull) ہوتی ہے۔ جب چھوٹی نابیاں مطموس ہوتی ہیں تو ہوا کا داخلہ کم ہوتا ہے، ورنہ شعبی تنفس، شعبہ صوتی (bronchophony) صدکلامی (pectoriloquy) اور منتم لفظات ہوتے ہیں۔ لمسی صوتی خفیف (tactile vocal fremitus) تغیر پذیر ہوتا ہے۔ ماؤف شش لاشاعوں سے کچھ غباشت (opacity) ظاہر کرتا ہے، اور پسلیاں ”کچھیل پن“ (”roof tiling“) ظاہر کرتی ہیں (ملاحظہ ہو صفحہ 168)۔ اکثر انگلیوں کے سروں کی دبازت یا ”گرنہ“ شکلی (”clubbing“) (ملاحظہ ہو صفحہ 565) نمایاں ہوتی ہے۔ ممکن ہے کہ بالآخر راست جانبی فٹل قلب موجود ہو۔

**تشخیص**۔ اس حالت کو تِل رِیوی (phthisis) فرمن انصبابی ذات الجنب (chronic pleurisy with effusion) اور سینہ کے اندر کی خبیث بالیدگی (malignant growth) سے شناخت کرنا پڑتا ہے۔ سل رِیوی سے شناخت کرانے والا خاص مظہر بخار کی اور بنیٰ اختلال کی عدم موجودگی ہے۔ یہ مرض اکثر سختی کے ساتھ یک جانی اور قاعدی ہوتا ہے، برعکاس سل رِیوی کے جو عموماً راسی ہوتی ہے، اور دوسرے شش کو مَؤف کئے بغیر شاید ہی ایک شش کے اندر ترقی یافتہ درجہ تک پہنچتی ہے۔ علاوہ ازیں بساق میں عصیاتِ مدرن نہیں پائے جاتے۔ دیرینہ ذات الجنبی انصبابہ (pleuritic effusion) جبکہ ساتھ سینہ باز کشیدہ ہو، یعنی شش سے قریبی طور پر مشابہت رکھ سکتا ہے اور ممکن ہے کہ تشخیص کو صاف کرنے کے لئے سوئی کے ذریعہ استقصا (exploration) کی ضرورت پیش آئے۔ درون صدری سرطانی سلعہ (intrathoracic carcinoma) کی سرگزشت قلیل المدت ہوتی ہے۔ ممکن ہے کہ در و اور وسیع تجھڑوں اور دباؤ یا قلب کی غیر وضعیت (displacement) کی علامتیں موجود ہوں۔ لاشعاعی امتحان ہمیشہ عمل میں لانا چاہئے، اور اسی طرح شعبہ بنی۔

اندار بالآخر خراب ہوتا ہے، لیکن ممکن ہے کہ مرض کا مرنہایت مسست ہو، اور دس یا پندرہ سال کی وسعت رکھتا ہو۔ بچے بعض اوقات خفایاب ہو جاتے ہیں۔ موت دائیں قلب کے فشل (failure) سے، یا بتدریج بڑھتی ہوئی خستگی (exhaustion) سے، جو وافر مواد خارج ہونے کے بعد واقع ہو جاتی ہے، یا انتقالی (metastatic) خراج اور خاص کردماغی خراج سے واقع ہو سکتی ہے۔

**علاج**۔ مریض کو حتی الامکان بہترین آب و ہوا میں اور صحتی حالات میں رکھنا چاہئے۔ اُسے گرمی میں تازگی بخش ہوا (bracing air) لیکن سرماییں ایک گرم آب و ہوا ملنی چاہئے۔ ہر زمانہ میں سردی لگنے سے بچنا چاہئے۔ اور مغذی خوراک، اور مقویات جیسے کونین، فولاد (iron) اور کاڈلیور آئیل (روغن جگر ماہی) استعمال کرنے چاہئیں۔ کھانسی، نفث، اور دوسرے علامات جیسے جیسے کہ وہ پیدا ہوتے جائیں ان کا علاج اسی طریقہ سے کرنا چاہئے جس کی ہدایت سل رِیوی

اور شیمی التهاب اور تمدد الشعب (bronchiectasis) کے تحت کی گئی ہے۔  
 شش فحشیت - کوئلہ کی کان کھودنے والے کی زندگی صحت مندانہ ہوتی ہے،  
 گوکہ ایسا ہونا تعجب انگیز ہے کیونکہ ششوں میں کاربن کی بہت بڑی مقدار کا جواؤ پایا  
 جاتا ہے، یہاں تک کہ وہ خالی آنکھ کو سیاہ نظر آتے ہیں۔ کاربن تدرن کے خلاف  
 حفاظت کرتی ہے۔ تاہم، بعض رقبوں مثلاً جنوبی ویلز (South Wales) میں ریوی  
 متوانیت (silicosis) واقع ہو کر مرنے والی مرض سے موت واقع ہو جاتی ہے، لیکن  
 ان کان کنوں میں بھی جو کہ دوسرے اسباب سے مرے ہوں، ششوں میں پتھر کے  
 ریزوں کی مقدار طبعی سے بہت زیادہ ہوتی ہے (51)۔

مریوی صوانیت (silicosis) - یہ ایک وسیع طور پر پھیلا ہوا منستی مرض  
 ہے، جس کے لئے کارگر کو معاوضہ طلب کرنے کا حق حاصل ہے، اور جنوبی افریقہ  
 میں توجہ کے ساتھ اس کا مطالعہ کیا گیا ہے، کیونکہ وہاں یہ رینڈ (Rand) کی سونے  
 کی کانوں میں پھیلا ہوا ہے (52)۔ سادہ قسم میں پتھر کے ریزے شش اور  
 جذری غدود (root glands) کا گرہ کی تلیف پیدا کرتے ہیں۔ اس سے لاشعاعی فلم میں  
 ایک یا دونوں ریوی میدانوں کے بالائی نصفوں میں ایک ممیز یکساں غیبر متعلق  
 چمٹی وار منظر (mottling) پایا جاتا ہے جو کہ بعد ازاں عمومی ہو جاتا ہے۔ غبائشیں  
 (opacities) بالعموم اس سے تیز تر اور واضح تر ہوتی ہیں کہ جتنی عمومی تدرن میں ہوتی  
 ہیں، اگرچہ مشابہت قریبی ہوتی ہے۔ ایک ابتدائی منظر جو کہ شک پیدا کرتا ہے،  
 ایک بے برگ درخت کی مانند عمومی تشجر (arborisation) ہے جو کہ ششوں میں  
 شیمی یا شاید عروقی درخت کی کثافت بڑھ جانے کا نتیجہ ہوتا ہے۔ ابتدائی علامات  
 بالکل نہیں ہوتے، لیکن بعد میں کھانسی، متوالی ”زکام“ سانس پھولنا اور معتدل  
 نفث پایا جاتا ہے، گوکہ لاغری بالکل نہیں ہوتی۔ ممکن ہے ذات الجنب بھی ہو۔  
 ساری قسم میں تدرن کا اضافہ ہو جاتا ہے، کیونکہ استسحاق کے بعد پتھر کے  
 ریزے آمیدگی کی وجہ سے لسنوئی سلک ترشہ (silicic acid) میں تبدیل ہو جاتے ہیں۔  
 وصاتی سلکیٹ (silicates) بھی بافتوں کی CO<sub>2</sub> کے ذریعہ سلک ترشہ میں تبدیل  
 ہو جاتے ہیں۔ آخر الذکر کی وجہ سے ایک اریکی سلی تودہ ظہور میں آتا ہے جس میں



تھرا کا ایک مرکزی حصہ اور اس کے گرد اگر دالہتہابی تہیں ہوتی ہیں۔ عصبیات و دنیہ جو کہ اتنی تھوڑی تعداد میں موجود ہوتے ہیں کہ معمولی حالات میں باقیوں ان سے نہٹ سکتی ہیں مرکزی رقبہ میں سرعت سے ٹکا ٹر کرتے ہیں اور تعداد میں اتنے بڑھ جاتے ہیں کہ مقامی دفاعی قوتیں ان سے عاجز آ جاتی ہیں اور وہ دوسرے حصوں میں پھیل جاتے ہیں (50)۔ لاشعاعی فلمیں کے غیر شفاف رقبہ جات جانت اور توزیع میں زیادہ بے قاعدہ ہو جاتے ہیں، نائچوں کے سایے زیادہ نمایاں ہو جاتے ہیں اور احصا بت ایک پورے طور پر نمو یافتہ غیر مشکوک ریوی تدرن کی ہو جاتی ہے۔ مرض کی تحریر یہ ہے:۔ گرد سے بچاؤ کی غرض سے دن بھر کے کام کے بعد ہوا کے جھکڑ سے صفائی کر دینا (blasting) گرد کو بٹھانے کی غرض سے پانی اور عمدہ ترویج۔

سریوی اسبستوسیت (asbestosis)۔ اسبتوس، لوہے اور ایلومینیم (aluminium) کا ایک سلیکٹ (silicate) ہے۔ مرض نہایت ہی مخفی طور پر بڑھتا ہے، چنانچہ یہ ۶ سے لیکر ۱۲ سال کے کام کے بعد نمایاں ہوتا ہے۔ زیریں نختے خاص طور پر ماؤف ہوتے ہیں اور ایک منتشر تلیف اور پلوراکی بڑھی ہوئی دبازت ظاہر کرتے ہیں۔ ڈائفرام ویز اور غروف کی طرح سخت ہوتا ہے اور شش کے قاعدے میں مداخلت کرتا ہے، اور لاشعاعی فلموں میں اس کی بالائی سطح ایک نہایت ہی مینز بے قاعدہ یا گالے جیسا منظر پیش کرتی ہے۔ آخر کار تمدد الشعب رونما ہو جاتا ہے۔ اس امر کے متعلق کچھ شک ہے کہ آیا تدرن پیدا ہونے کا کوئی خاص احتمال ہوتا ہے۔ باقی میں تمیز اسبتوسی اجسام "asbestosis-bodies" پائے جاتے ہیں لیکن باقی ہر طرح سے علامات یعنی شش کے ہوتے ہیں۔

## شش کی گنگرین

162

یہ ایک مقابلہ شاذ و نادر ہے، لیکن مختلف حالات میں پیدا ہو سکتا ہے۔ شش کی گنگرین حادہ لختی ذات الریہ (acute lobar pneumonia)

کا ایک طریقہ اختتام ہے، بالخصوص ان اصابتوں میں جن کا انحصار فریڈ لینڈر کے عصیہ پر ہو، اور شاذ طور پر یہ سل ریوی میں واقع ہو جاتی ہے۔ اس کے پیدا ہونے کے مزید طریقے یہ ہیں۔ شش پر ہم پہلو مرض، مثلاً مری کے سرطانی سلعہ، خراجات اور متقیج کیستی دویروں (suppurating hydatid cysts) کے حملہ آور ہونے کے نتیجہ کے طور پر جذر شش (root of the lung) پر انورسا کے دباؤ سے اور سینہ کی چونوں سے جو ذات الریہ یا تقيج الصدر پیدا کر دیں۔ شعبہ میں پھنسے ہوئے اجسام عزیبہ کی وجہ سے اور متع انبوبات کے اندر رکے ہوئے افرازات کی موجودگی سے۔ دہن، حلق، حنجرو، مری یا واسطہ میڈیا سٹائٹم کے عفونی امراض [مثلاً زبان یا حنجرو کے سرطانی سلعہ، لوزتین کے اغتش (sloughing)، دفتیر یا مری کے سرطانی سلعہ] سے نکلے ہوئے ذرات کے پھیپھڑوں کے اندر چلے جانے سے۔ شش کے اندر غذا کے ذرات اتفاقاً یا قے کی آشت میں کھنچ کر چلے جانے سے بالخصوص ان اشخاص میں جو مخمور (drunk)، مجنون، قماز وہ (comatose) ہو یا شلل حنجرو (laryngeal paralysis) میں مبتلا ہوں۔ یا سرایت زدہ پانی سے جو غرقابی کے دوران میں سانس کے ساتھ اندر چلا گیا ہو۔ بعض اوقات شش کی گنگرین الہتاب اذن (otitis)، قروح الفرائش (bedsores)، انفاسی عوامن (puerperal disorders) وغیرہ کے بعد تقيج الدم پیدا ہونے سے ہو جاتی ہے۔ یہ گندیہ گی زاعصنویات (putrefactive organisms) جن میں عصیہ و پلج (Bacillus Welchii) بھی شامل ہے، کی موجودگی سے پیدا ہوتی ہے۔

مرضی تشریح۔ شش کا ماؤف حصہ میلے، سبزی مائل بھورے یا سیاہ رنگ کا ہوتا ہے، نرم ہوتا ہے، بہ آسانی ٹوٹ جاتا ہے، بلکہ ممتوہ (diffluent) ہوتا ہے، اور اس میں سے اکثر بد بو نکلتی ہے۔ وہ عموماً متجدات الریوی بافت سے گھرا ہوا ہوتا ہے، جس میں وہ بتدریج منتقل ہو جاتا ہے یا جس سے وہ ایک خط فاصل کے ذریعہ کم و بیش فوری طور پر جدا معلوم ہوتا ہے۔ چنانچہ یہ ضرر بعض اصابتوں میں منتشر ہوتا ہے اور دوسری اصابتوں میں محدود و گنگرینی بافت ممکن ہے کہ ٹوٹ پھوٹ کر نفث کے ذریعہ خارج ہو کر ایک کفہ چھوڑ دے جس کی دیواریں

پھٹی ہوئی (ragged) اور پارہ پارہ (shreddy) ہوتی ہیں۔ اور کبھی ایسا کہہ ایک پلیورائی تاجہ (pleural sac) میں واہو کر رہی استرواخ الصلا (pyo-pneumothorax) پیدا کر دیتا ہے۔

علامات۔ شش کی گنگرین جیسی کہ وہ اکثر ایک ثانوی ضرر کے طور پر موت سے عین پہلے واقع ہوتی ہے، آسانی نظر انداز ہو سکتی ہے۔ اس کے برعکس مکن ہے کہ اس کے علامات بجائے خود نمایاں ہوں، یا اولیٰ ضرر کے علامات کو ڈھانک دیں۔ نفث نغین (foetid expectoration) اور سانس کی بدبو نہایت نمایاں ہوتے ہیں۔ آخر الذکر نہایت تیز ہو سکتی ہے۔ یہ بڑے فاصلہ تک پہنچتی ہے اور ایک ہی کمرے میں مریض کے ساتھ دوسرے شخصوں کا رہنا تقریباً ناممکن کر دیتی ہے۔ بساق میلارادی یا سبزی مائل سمجھو، یا متغیر شدہ خون کی وجہ سے سیاہ ہوتا ہے۔ اور اس میں یا تو گنگرین شش کی بافت کی دھجیاں (fragments) پائی جاتی ہیں، یا خردبین سے تمثیلی ٹکڑا ریشے پہچانے جاتے ہیں (ملاحظہ ہو صفحہ 170)۔ کبھی نفث الدم (haemoptysis) واقع ہو جاتا ہے۔ کھانسی درد پہلو اور بے قاعدہ اور اکثر متوقف ارتفاع حرارت (intermittent pyrexia) بھی موجود ہوتے ہیں۔ طبیعی امارات تھجہ اور کہف کے ہوتے ہیں جو مرض شش کی وسعت سے متناسب ہوتے ہیں یعنی احمیت (dulness)، شعبی یا کہنگی تنفس، شعبہ صوتی، اور اوسط درجہ کے یا موٹے لفظات۔ لیکن تشخیص میں ان کی قیمت کا انحصار بڑی حد تک ماسبق مرض پر ہونا چاہئے بشرطیکہ ایسا کوئی موجود ہو۔ مکن ہے کہ مرض قشریہ اور درد پہلو کے ساتھ شروع ہو، یا نفث الدم کے ساتھ یا آپ کے متوالی حلوں اور بدبودار نفث کے ساتھ۔ بیشتر اصابتوں میں انکے بعد انبطاح (prostration) اور اس کے ساتھ نبض تیز اور صغیر اور زبان خشک ہوتی ہے، اور تھوڑے ہی عرصہ میں موت واقع ہو جاتی ہے۔ لیکن بعض اقسام جیمینوں یا برسوں تک قائم رہتی ہیں، اور ان میں شدت علامات میں بہت تغیر و تبدل ہوتا رہتا ہے، لیکن ایک مہلک انجام ناگزیر ہوتا ہے۔ اور چند اصابتوں میں جن میں گنگرین کی غالباً ایک چھوٹی چمکتی ہی موجود ہوتی ہے،

فی الحقیقت شفا یابی واقع ہو جاتی ہے۔

علاج۔ یہ بدبو، ارشعی الہما۔ (foetid bronchitis) یا تھن الشعب (bronchiectasis) کے علاج سے مشابہ ہوتا ہے۔ آرسینو بنزل (arsenobenzol) یا نوو آرسینو بنزال (novarsenobenzol) سے کامیابیاں حاصل ہوتی ہیں۔ بعض اوقات ضد عفونت ششکاف (antiseptic incision) اور زخمہ کی سیلیت (drainage) کے جراحی علاج سے ایک انٹرنی کنڈ علاج پذیر ہوتا ہے، استعینی استعمال کی جاسکتی ہے۔ عملیہ پر اس وقت غور کرنا چاہئے جب کہ یقینی تشخیص ہو سکے اور متلازم حالات بجانے خود بلات تیز ہوں۔

## ریوی تدرن

(PULMONARY TUBERCULOSIS)

شش کا تدرن کئی شکلوں میں ہوا کرتا ہے۔ ایک میں عضو کے سارے طول و عرض میں دقیق درنوں (tubercles) کی عام توزیع ہوتی ہے جو عموماً طور پر پیدا ہو جاتی ہے اور اس میں عصیات درنہ کسی دوسرے حصے مثلاً شیمی یا اعتقی غدہ سے یا ایک مفصل یا گردے سے یا کم عام طور پر خود شش میں کے مزمن مرض کے ایک مرکز سے خون کے ذریعہ منتقل ہو کر مرض پیدا کر دیتے ہیں۔ یہ حادثہ شکل اکثر ایک ایسے عام ذہنی تدرن (general miliary tuberculosis) کا حصہ ہوتی ہے جس میں درنی الہتاب سچا یا عموماً ایک نمایاں مظہر ہوتا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 88)۔ ریوی تدرن کی دوسری شکلوں میں یہ مشترک مظہر ہوتا ہے کہ شش کا مرض سریراتی قصویٰ کا عموماً بڑا حصہ ہوتا ہے۔

سہل سہیوی (phthisis or consumption) ہانوں یا او اخر طفلی کا ایک مزمن مرض ہے جس میں شش کے ایک چھوٹے حصے عموماً اس میں چھوٹے درنوں (tubercles) پیدا ہوتے اور نکا کر کرتے ہیں اور مختلف درجہ کی برعتوں کے ساتھ شش کے دوسرے حصوں میں پھیل جاتے ہیں۔ اس طرح وہ ابتداً بالکل مقامی ہوتا ہے،

بعد کے تغیرات کو دوسرے عضو یوں خاص کر نبض میوید، نبض سبجیلہ اور نبض عبلہ سیم زاکے فعل سے مدد ملتی ہے۔ راسی سل (apical phthisis) غالباً شش کی راست سرایت کے طور پر شروع ہوتی ہے جو درنی عصیات کے استنشاق کے باعث ہوتی ہے۔ اس امر کے متعلق کہ ابتداء راس کیوں متاثر ہوتا ہے، بہت بحث و مباحثہ ہوا ہے۔ کیتھ (Keith) نے بتلایا ہے کہ شش کا یہ حصہ دوسرے حصوں کی نسبت کم ترویج یافتہ ہوتا ہے اور اس کی وجہ یہ ہے کہ صدر کا قلعہ نسبتاً حرکت ناپذیر ہوتا ہے، او سب سے زیادہ حرکت ڈائفرام پر اور دیوار سینہ کے زیریں حصے پر ہوتی ہے۔ چونکہ ترویج راس پر سب سے زیادہ کم ہوتی ہے، لہذا یہ بھی ہونا ممکن ہے کہ وہاں دوران خون بھی سب سے کم ہو، جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ وہاں عصیات کو ایک موزوں ماحول (favourable milieu) مل جاتا ہے۔ دوسری توجیہ جو زیادہ قرین قیاس نہیں معلوم ہوتی، یہ ہے کہ سرایت لوزتین میں شروع ہوتی ہے اور عروق لمفائیہ کی راہ سے پھیلاؤ کے پار راست راس شش تک پہنچ جاتی ہے۔

سل نافیجہ (hilum phthisis)، یا گند شعبی سل (peribronchial phthisis) بھی پھیپھڑوں کا ایک مزمن مرض ہے، جس کا وقوع بالعموم میں کیتھ کم عام ہے، لیکن بچوں میں مزمن ریوی تدرن عموماً یہی شکل اختیار کرتا ہے۔ خاص مہر شعبی غد کی اور ان عروق لمفائیہ کی تدرنی درخیٹگی بہت جو گرد و پیش کے شش سے آکر ان غد کے اندر منسل ہوتے ہیں۔ پہلے توضیح کر دی گئی ہے کہ ان اماتوں میں شش ہی اولی ماسک (primary focus) بہم پہنچاتا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 85)۔ پھیپھڑوں کے عروق لمفائیہ درنی عصیات کو اخذ کرتے اور بتدریج اس عمل میں مختنق (choked) یا مدود ہو جاتے ہیں، اور یہ عمل نافیجہ کے مقام سے شروع ہو کر بتدریج باہر کو پھیپھڑوں کی طرف پھیلتا ہے۔ سل نافیجہ پھیپھڑوں میں کسی بھی مقام پر اس سے زیادہ حادث درنی عمل بھی پیدا کر سکتی ہے۔ لیکن عموماً یہ سالہا سال کے عرصہ میں شفا یاب ہو جاتی ہے، اور یہ رائے ظاہر کی گئی ہے کہ وہ ریوی ندب است (pulmonary scars) جو امتحان بعد المات میں اس قدر عام طور پر پائے جاتے

ہیں، زماؤ طفولیت کے اسی مرض کا نتیجہ ہوتے ہیں، جواب ناپید ہو چکا ہے۔ اسی حالت میں بالغوں کی راسی سل (apical phthisis) ماعد زندگی کی ایک سرایت مکرر (reinfection) ہوتی ہے، اگرچہ اس امراض کو وہ مریض جسے ایک بار سل نا فح ہو چکی ہے تازہ سرایت کی خاص طور پر تناسبت رکھتا ہے یا نامناسب طور پر اس کی قوت مدافعت رکھتا ہے، شبہ کی گنجائش ہے۔

تدرن نما (epituberculosis) ایچوا میں شش کا وسیع نتیجہ ہے جو کہ ایاب چھوٹے سے تدرنی ماسک کے گرد واقع ہو جاتا ہے۔ جبہ بذات خود درنی اریخی بات کا بنا ہوا نہیں ہوتا، بلکہ ممکن ہے وہ ایک غیر نوی درنی فکلی ہو جو بڑے پیمانہ پر اس ورم کے ساتھ جو ایک مانٹو (Mantoux) کے پتہ، شیبہ، دما ہے مشابہت رکھتی ہو، چنانچہ یہ ٹیوبرکلن کے اثرات کے یہ فی انور نمودار ہو جاتا ہے، یا ممکن ہے تدرنی غدہ کا ایک شعبہ پر باؤ پڑنے سے وسیع مہولہ پیدا ہو گیا ہو، کیونکہ جب تدرنی غدہ کو دور کیا گیا ہے تو وہ بھی زائل ہو گیا ہے، (57) ممکن ہے اہمیت اور شعبی تنفس موجود ہو اور لاشعاع بالعموم دائیں شش کے درمیان ایک تہہ اور سایہ ظاہر کرے جو کہ نا فح سے پھیلتا ہو اور جس کا اس محیط پر ہو۔ اس رقبہ کے بزل پر درنی عصبیات دریافت ہوئے ہیں۔ اس کو ذاتہ الویہ سے اس طرح ممتاز کیا جاتا ہے کہ آخر الذکر میں سایہ کا اس نا فح کی جانب ہوتا ہے، نیز اس میں انخال چند دن میں واقع ہو جاتا ہے۔ تدرن نما کا انخال چند ہفتوں کے بعد واقع ہوتا ہے۔ انذار اچھا ہوتا ہے۔

تدرنی شعبی ذات الریہ (tuberculous broncho-pneumonia)

ایک حادثہ تدرنی عمل ہے، جو بالخصوص بچوں یا نو عمر بالغوں میں ہوتا ہے، اور جس میں جبہ تدرنی ماسکات (caseous tuberculous foci) ماعد آغاز پذیر کھنکی ٹکون کے پھیپھڑوں کے طول و عرض میں پھیلے ہوئے ہوتے ہیں۔ وہ بچوں میں عموماً اس طرح پیدا ہوتا ہے کہ ایک بڑا جبہ غدہ متفرج ہو کر ایک بڑے شعبہ میں کل جاتا ہے، اور اس کا اعلیٰ درجہ کا سرایت رساں مادہ بذریعہ استنشاق سائے پھیپھڑوں میں بسرعت منتشر ہو جاتا ہے۔ عموماً اس خاص طور پر باؤف نہیں ہوتا۔

حاد ذات الریوی سل (acute pneumonic phthisis) جسے "سل رکض" (galloping phthisis) یا سل سریع (phthisis florida) کہتے ہیں ایک اور بھی زیادہ ماحول ہے اور بعد میں بیان کیا گیا ہے۔

ریوی تدرن کے اسباب پر پہلے عام تمدن کے ابواب میں بحث ہو چکی ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 88)۔

سل ریوی کی مرضی تشریح۔ پھیپھڑوں کے اندر دھبے (tubercles) نہایت تمثیلی طریقے سے بنتے اور غویاب ہوتے ہیں اور ان میں ان کے عفرتی خلیات کے نظامات (giant-cell systems) اور ان کا تجبن جو کر ٹوٹنے کا رجحان موجود ہوتا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 86)۔ معمولی راسی ضرر میں یہ عمل ایک چھوٹے نہتہائی شعبہ کی دیوار میں شروع ہوتا ہے۔ تجبن (caseation) واقع ہوتا ہے اور ذرئی تو وہ نوٹ پھوٹ جاتا ہے۔ اس مواد کا اخراج شعبہ کی راہ سے ہوتا ہے اور ایک دقیق کہنہ بن جاتا ہے جو اس شعبہ سے ملحق ہوتا ہے۔ اسی درمیان میں یہ عمل شش کی متصلہ بافتوں کے اندر پھیل جاتا ہے جو کہ کچھ تو تجبن اور کچھ خلوی الہبائی ارتشاح (cellular inflammatory exudate) کی وجہ سے تھمد ہو جاتی ہیں۔ یہ ٹھوس رقبے رنگ میں سیاہ ہوتے ہیں اور ان میں چھوٹے سپید جینی درنے کچھوں کی صورت میں منتشر ہوتے ہیں اور زیادہ کہنی تنکوں (cavity formation) نظر آنے سے پہلے عموماً تھمد خاصی مقدار میں واقع ہو جاتا ہے۔ تجبن اور تفتج کے ایک مخلوط عمل سے کہنہ بن جاتے ہیں۔ متصلہ یا رحم پہلو کہنے ایک دوسرے میں مل کر بالآخر شش وسیع طور پر کھوکھلا ہو جاتا ہے۔ دیواریں نسبتاً ابتدائی درجوں میں اکثر جینی جماؤ سے بنی ہوئی ہوتی ہیں لیکن پرانے کہنوں (vomices) میں یہ بالکل چکنی ہوتی ہیں۔ وہ اکثر بندوں یا سہکوں (trabeculae) سے عبور کی ہوئی ہوتی ہیں جن میں ریوی عروق موجود ہوتے ہیں۔ یہ عروق اس اطلاقی عمل کی مدافعت کرتے ہیں لیکن شبات مگوا جتہ کہنے بڑے ہوتے جاتے ہیں اسی تناسب کے ساتھ متفرج ہو جاتے ہیں اور ہر کہنہ کے اندر ایک یا زائد شبات واہوتے ہیں۔ کہنوں (vomices) کے مافیہ جینی مادہ شش کی بافت کا چورہ

(debris) اور پیپ ہیں۔ آخر اند کر شے پڑنے کہنوں میں غالب مقدار میں ہوتی ہے۔ اس کی مقدار تغیر پذیر ہوتی ہے اور بعض حالات میں اتنی کم ہوتی ہے کہ مرصہ ہائے دراز تک کوئی نفث نہیں واقع ہوتا۔ سل ریوی کے کہنوں کے اندر واضح گندیدگی (putrefaction) صرف شاذ ہی واقع ہوتی ہے۔

درز کا پہلا جماؤ بالائی نختے کے راس سے دو یا تین انچ نیچے زیر ترقوی خط میں ہوتا ہے۔ اور پھر تازہ بہ تازہ جماؤ اس سے نیچے اور پھر اور نیچے واقع ہوتے رہتے ہیں۔ شش کے تازہ بہ تازہ حصوں پر یہ حملہ بلا واسطہ راست (direct contiguity) سے لمفائی مہلکی سے اور زیادہ تر شعبات کی راہ سے واقع ہوتا ہے۔ ان کے اندر سرایت رساں ذرات استنشااق کے ذریعہ اگر مرض کے تازہ ماسکات پیدا کر دیتے ہیں۔ مگر ہے کہ اس وقت تک جب تک کہ نسبت نیچے کے یوں پر درزے نہیں پہلا ضرر بہت کچھ تہجد پیدا کر چکا ہو۔ انہاں بعد اس وقت جب کہ درز قاعدے کے طرف جہرا ہوتا ہے شش کے وسط کا حصہ تہجد ہو چکا ہوتا ہے اور شاید راس میں ایک بڑا کہنہ موجود ہوتا ہے۔ اسی طرح نہ صرف مرض کی ترقی کسی ایک شش میں غیر مساوی ہوتی ہے، بلکہ وہ دونوں جانبوں کے پھیپھڑوں میں بھی غیر مساوی ہوتی ہے۔ اور اس طرح ایک ترقی یافتہ اصابت میں ایک راس پر نہایت وسع مرض کا پایا جانا اور مقابل قاعدے پر نہایت تندرست بافت ایسی تندرست بافت کہ اس کے سوا کوئی دوسری تندرست بافت ہی نہ ہو کا ملنا عام ہے۔ نختہ زیریں کا اولی ضرر (اولی قاعدی رسل = primary basal phthisis) شاذ ہے۔

ان اصابتوں میں کہ جن میں قوت مدافعت مدنی اور جہ کی ہوتی ہے مگر ہے کہ سرایت کے کسی اولی ماسک سے بئاق کا استنشااق شعبات کی راہ سے واقع ہو، اور پھیپھڑوں کے سارے طول و عرض میں بہت سے جداجدا ماسکات کم و بیش ہنرماں طور پر پیدا ہو جاتیں۔ جہنی مادے کے خارج ہو سکنے سے پہلے مگر ہے کہ ہر ثانوی ماسک کے گرد کاشتش درینختہ ہو جائے۔ سارا شش کچھ تو جہنی اور کچھ جیلاتین نما مادے سے بھر کر بالکل ٹھوس ہو جاتا ہے اور آخر اند کر



ماہہ شش کے اس جزو کی نمائندگی کرتا ہے جسکا اتلاف اتنا مکمل طور پر نہیں ہوا ہے جتنی  
 لختی ذات الریه: caseous lobar pneumonia: حاد ذات الریهوی  
 میل (acute pneumonic phthisis) دوسری مثالوں میں امتحان بعد المات  
 میں بڑے بڑے کٹے اٹھائے گل تکوین میں پائے جاتے ہیں اور اس کی دیوار میں ناپائید  
 یمشی جونی (ragged) ہوتی ہیں۔ اگر مریض اس سے کم ترقی یافتہ درجہ میں مر گیا ہو  
 تو شش کثیر التعداد حاد اکا نہ جینی اور جیلاتینی رقبہ ظاہر کرے گا۔ جن میں ابتدائی  
 کہنی تکوین پائی جائے گی (جینی شعبی ذات الریه: caseous broncho-  
 pneumonia) کیونکہ ان رقبوں کو باہم مخلوط ہو کر منتشر ذات الریوی حالت  
 (diffuse pneumonic condition) پیدا کر دینے کا وقت نہیں ملا ہے۔

165

لیکن اصابتوں کی غالب تعدادیں اس عمل اتلاف کو پورا وقت حاصل  
 نہیں ہوتا۔ التهابی تغیرات مختلف اصابتوں میں فعالیت کے تغیرات ظاہر کرتے  
 ہیں۔ ممکن ہے کہ یہ فساد (mischief) اپنے مہر میں ایک یا زائد بار طول عرصوں تک  
 موقوف ہو جائے، یا بلکہ ابتدائی زمانہ میں ہی دب جائے اور آگے نہ بڑھے۔  
 یہاں لیفی یافت کا نمونہ ایک اہم عامل ہوتا ہے۔ یہ سوائے نہایت حاد اصابتوں  
 کے شاذ ہی غیر موجود ہوتی ہے اور مزمن اصابتوں میں مرضی شش کی باقی ماندہ  
 یافت کا ایک بڑا جزو بنتی ہے۔ نتیجہ شش میں بین لختی فاعلات کے مہر میں  
 اس کے کثیر التعداد بند دوڑتے ہیں، شعبات معوق و مہر اور کہنوں کو گھیرے  
 ہوئے ہوتے ہیں اور حشائی پلیوراکے نیچے ایک کثیف تہ جاتے ہیں لیفی بسل  
 (fibroid phthisis)۔ یہ یعنی یافت کثیر لٹون ہوتی اور جابجا جینی تودوں کے  
 ساتھ مخلوط ہوتی ہے۔ وہ اپنے انقباض سے کہنوں کی جسامت کو کم کر دینے کا  
 رجحان رکھتی اور اتلافی اعمال کے مقابلہ میں کس قدر مزاحمت پیش کرتی ہے۔ اور  
 بعض موافق اصابتوں میں در نہ کا ایک چھوٹا جماؤ بالآخر تمام تر تغیر کر لٹون لیفی یافت  
 کا ایک تودہ بن جاتا ہے جو فی الحقیقت تندرست شش کی اتنی ہی مقدار کی جسکے  
 لے لیتا ہے، مگر دیگر لحاظ سے بے ضرر ہوتا ہے۔ جینی ماوے میں کیلیم کے لمحات کے  
 جماؤ کی وجہ سے ان ندبات (cicatrices) کے اندر کھسی ذات کا ملنا غیر عام نہیں

اور ایسے ندبہ (electrix) کے گرد وہ حالت پیدا ہو سکتی ہے جسے قنولینی نقاخ کہتے ہیں (ملاحظہ ہو صفحہ ۱۴۶) تاہم یہ ہمیں سمجھ لینا چاہئے کہ لینی بافت کی تکوین اور نکلیں ہمیشہ اندامی عمل میں آخری درجہ ہوتا ہے۔ سلسلہ وار لاشعاعی امتحان (serial X ray examination) سے ظاہر ہو گیا ہے کہ ممکن ہے اس نوعیت کے جٹو بالآخر جذب ہو کر بالکل غائب ہو جائیں اور پھر مریض کو دوبارہ صحت کلی حاصل ہو جائے۔

ذات الجنب بالکل ابتدائی درجہ میں موجود ہو سکتا ہے۔ ممکن ہے کہ وہ خشک ہو۔ لیکن ایک ماٹ پوال کے رنگ کا (straw-coloured) مصلی فائبرینی انصباب نہایت عام ہے اور یہ یا تو اس مرض میں بدیر ہوتا ہے یا اس کی آمد آمد کا پیش خیمہ ہوتا ہے۔ ایسا انصباب خون کے رنگ کا ہو سکتا ہے۔ اس کے خصائص بعد میں بیان کئے گئے ہیں اور ممکن ہے کہ جب یہ عمل اندام پذیر ہو تو وہ بھی بتدریج جذب ہو جائے یا ایک خشک ذات الجنب رہ جاتا ہے اور آخری نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ شش کے ماٹوف حصے پر لینی بافت کی ایک دبیرہ کی ٹکون ہو جاتی ہے جو شش کو عموماً دیوار سینہ سے مضبوطی کے ساتھ جوڑ دیتی ہے شش کا یہ انضمام (adhesion) ایک اہم اثر رکھتا ہے کیونکہ اگر عمل الجنبات (process of excavation) سطح کے طرف ایسے نقطہ پر پڑے جو منصفہم (adherent) نہ ہو تو ممکن ہے کہ وہ کہف (vomica) متفرق ہو کر اپنے مافیہ پیوڑنی کہف کے اندر خارج کر دے اور اس کا نتیجہ یہ ہو کہ اول تو ایک حادثات الجنب (acute pleurisy) پیدا ہو جائے جو عموماً ریوی قسم کا ہوتا ہے (یعنی تقیعہ الصدر ہو جائے) اور دویم یہ پلیوڑنی تاجیہ کے اندر ہوا داخل ہو کر استرواح الصدر پیدا ہو جائے اور اگر استیال موجود ہو تو ایک آبی یاریی استرواح الصدر (hydro-or-pneumothorax) ہو جائے۔

اتلاف ساخت کا ایک دوسرا اہم نتیجہ نفزف (hemorrhage) ہے۔

ابتدائی درجوں میں یہ صرف امتلا (congestion) کا نتیجہ ہوتا ہے آخری درجوں میں عروقی دیواروں پر درز کا راست حملہ ہو جاتا ہے اور اسی وجہ سے ممکن ہے کہ

وہ متاثر (eroded) ہو جائیں یا وہ کمزور ہو کر قمع ہو جائیں اور اس طرح انور سے بنا دیں جو کہ مٹریاسیم کے بیج کی جسامت تک پہنچ کر بالآخر اپنے سب سے زیادہ پستے حصے کے مقام پر ٹوٹ جائیں۔

مگر ہے کہ سہل ریوی کے دوران میں تمدن کا حملہ جسم کے دوسرے حصوں پر ہو جائے۔ مزمار (glottis) کی راہ سے ذرہ آلود سہل (tubercle-laden sputum) کے مسلسل گزرنے سے سہری درہ (laryngeal tubercle) پیدا ہو جاتا ہے۔ سہل کے نکلنے اور غدائی قتال کی راہ سے اس کے بتدریج گزرنے سے لفانی یا آخور (caecum) کا ذرہ قروح اور ناسور مز (fistula in ano) پیدا ہو جاتا ہے۔ باریطون (epididymis) منوی حویصلات (vesiculæ seminales) رحم اور اس کے ضمیمہ جات، پیلوں اور ریڑھ کی ہڈیوں کا تدرن [اور اس سے پیدا ہونے والے خراجات، جیسے کہ خصری پھوڑا (psaos abscess)] اور دوسری ہڈیوں اور مفاصل کا تدرن، ریوی مرض کے ساتھ ساتھ موجود ہو سکتا ہے اور یا تو اس سے پیدا ہو جاتا ہے یا بعض مثالوں میں ایک اولیٰ ماسک کے طور پر عمل کرتا ہے۔ بعض اوقات عمومی تدرن (general tuberculosis) معہ التهاب سمایا (meningitis)، اس منظر کو ختم کر دیتا ہے۔ ایڈیسن کا مرض (Addison's disease) شاذ ہے۔ چند سال پہلے شفا خانہ کی مہلک اصابتوں کی ۲۰ فیصدی تعداد میں بکر، طحال، گردوں اور امعاء کا چربشی مرض (lardaceous disease) پایا گیا۔ قلب چھوٹا ہوتا ہے۔ حاد اصابتوں میں عدم دمویت یا ریوی تہویہ (aeration) کی قلت کے باعث عضلہ قلب شحمی انخلا مظاهر کرتا ہے۔ مزمن لینی مرض (chronic fibroid disease) میں وایاں بطن بیش پروردہ (hypertrophical) ہوتا ہے۔ شحمی بکر عام ہے۔

سہل ریوی کی سرمدیاتی روئدو۔ سہل ریوی ایک تیز یا ایک ست ممر سے جاری رہ سکتا ہے۔ مندرجہ ذیل بیان کا اطلاق بالخصوص اس اصابت پر ہو گا جو چھ ماہ سے لے کر چند سال تک جاری رہتی ہے۔

مرض کا آغاز مختلف طور سے ہوتا ہے۔ بہت سی اصابتیں کھانسی اور مخاطی

یا ریوی نفث سے شروع ہوتی ہیں جس کا کوئی سبب نہیں بتلایا جاسکتا، یا جو سردی لگنے (chill) یا تکشف (exposure) سے منسوب کیا جاتا ہے۔ دوسری اصابتیں نفث الدما (haemoptysis) یا خون تھوکنے کے ساتھ شروع ہوتی ہیں۔ ممکن ہے کہ مریض بظاہر اچھی صحت کی حالت میں رہا ہو اور اس حالت میں بعض اوقات زور لگانے یا محنت کرنے کے بعد، لیکن بالکل اسی قدر اکثر جب کہ وہ یہ حالت آرام ہو یا چل رہا ہو یا کوئی ایسا کام کر رہا ہو جس میں زور لگانا نہ پڑے یا بار بار نہ پڑے حلق میں ایک گدگد سی محسوس ہوتی ہے، مریض کھانا کھاتا ہے، اور اسے یہ دیکھ کر تعجب اور ڈر معلوم ہوتا ہے کہ اس نے جو کچھ تھوکا ہے وہ خون ہے۔ اب ممکن ہے کہ وہ چند ڈرام یا ایک اونس یا ایک پائونڈ کا نفث کرے۔ ممکن ہے کہ یہی ایک علامت رہے اور مینہ کے امتحان سے کچھ بھی ظاہر نہ ہو، لیکن کچھ عرصے کے بعد خون کے تازہ ضیاع کے بعد یا اس کے بغیر کھانسی اور نفث نمودار ہو جاتے ہیں اور یہ اصابت دوسری اصابتوں کی طرح منویاب ہونے لگتی ہے۔ قلیل التعداد اصابتوں میں صحت میں فرق آجانے کی پہلی ظاہری علامت (first apparent departure from health) یہ ہوتی ہے کہ ایک بالائی لختہ میں حادثات الریوی کیفیت نمودار ہو جاتی ہے، جو صرف جزء صاف ہو جاتی ہے، لیکن کھانسی اور نفث جاری رہتے ہیں اور اصابت میں سہل کے تمام مظاہر پیدا ہو جاتے ہیں۔ اور دوسری اصابتوں میں پہلی قابل شناخت بیماری ذات الجنب اور ان کے ساتھ انصباب مصلی ہوتا ہے۔ یہ انصباب کبھی کبھی خون آلود ہوتا ہے اور ممکن ہے کہ اس سے بظاہر کلی طور پر شفا ہو جائے اور یا بینہ اس کے بعد معمولی ریوی تغیرات نمودار ہو جائیں۔

مختلف اصابتوں میں اس مرض کا مرنہایت متغیر بھی ہوتا ہے۔ وہ مریض جن میں ابتدائی ترین علامات ہوتی ہیں، خواہ یہ نفث الدم ہو یا کھانسی یا لانگری (wasting)، اگر آب و ہوا اور اصول صحت کے مناسب حالات میں رکھے جائیں تو ممکن ہے کہ وہ اپنی صحت کلی طور پر از سر نو حاصل کر لیں۔ اور یہ عرصہ دراز سے معلوم ہے کہ ان اشخاص میں جو حادثات سے ہلاک ہوئے ہوں، یا ایسے

مرض سے مراد ہوں جن کاشتش سے تعلق نہ ہو، راسین (apices) میں ندبی (circatrical) اور طون چکتیاں، شاید کلسی جاؤ کے ساتھ پائی جاتی ہیں جن کے متعلق صرف یہ سمجھا جاسکتا ہے کہ یہ مابقی دروں کی باقیات ہیں۔

لیکن اگر علاج کرانے سے پہلے سرایت خوب قائم ہو چکی ہے تو نتیجہ اتنا تشفی بخش نہیں ہو سکتا۔ چنانچہ مرض تین یا چار مہینوں میں مہلک ہو سکتا ہے یا ممکن ہے کہ مریض کو بالآخر ہلاک کرنے سے پہلے وہ بارہ یا پندرہ سال تک جاری رہے۔ اور اس عرصہ میں اس کی ترقی نہایت غیر مساوی رہے گی، اکثر وہ مہینوں یا ایک دو سال تک ساکن رہتا ہے اور پھر بہ سرعت بھڑک اٹھتا اور اس کے ساتھ نفث الدم یا زیادہ بخار ہوتا ہے۔ درآئخائیکہ زیادہ سرریعہ اصابتیں بالخصوص ماؤف شدہ شش کی وسعت کی وجہ سے مہلک ہوتی ہیں۔ زیادہ مدت والی اصابتیں پیچیدگیوں کی کثرت کی وجہ سے زندگی کے لئے خطرناک ہوتی ہیں۔ ان پیچیدگیوں میں سے بعض خود شش کے ضررات ہوتے ہیں جیسے کہ نفث الدم، تقيج الصدر اور شہی التهاب۔ دوسری وہ ہیں جو دور افتادہ اعضا کو ماؤف کر دیتی ہیں جیسے کہ تدر فی التهاب سحایا (tuberculous meningitis) تقرح امعاء اور اسہال التهابیہ (nephritis) اور احشاء کا چربشی مرض (lardaceous disease)۔

مقامی علامات۔ اب یہ کیقدر زیادہ تفصیل کے ساتھ بیان کئے جائینگے :-

کھانسی۔ یہ ایک نہایت عام علامت ہے، اور گویا ہمیشہ نہیں، مابہم عموماً اس وقت تک موجود رہتی ہے جب تک کہ مرض کسی حد تک فاعلی رہتا ہے۔ کھانسی یا تو آسانی کے ساتھ ہوتی ہے یا خشک، جس کا انحصار بساق لی مقدار اور اس کے آسانی کے ساتھ نفث سے خارج ہو سکنے پر ہوتا ہے۔ جب کہف وسیع ہوں اور بساق ماؤف لختہ کے اسفل حصوں میں تہ نشیں، جو جائے تو کھانسی طویل حلوں کی صورت میں واقع ہوتی ہے جو مریض کے لئے درد انگیز اور آس پاس والوں کے لئے تکلیف دہ ہوتے ہیں، اور شاید ایک منٹ سے

زیادہ تک جاری رہتے ہیں۔ مخموری یحید گیوں کے ساتھ کھانسی ایک بھڑائی ہوئی (hoarse) یا رولھی (husky) نوعیت اختیار کر لیتی ہے۔  
 جھکم (dyspnoea)۔ سانس کا پھولنا اکثر اُس وقت دیکھا جاتا ہے جب کہ شعبی شنج (bronchial spasm) ہوتا ہے۔ آخر الذکر بعض اوقات حساسیتی دمہ (allergic asthma) کی وجہ سے ہو سکتا ہے۔ جوں جوں کسش کا زیادہ سے زیادہ مرضی ہوتا جاتا ہے، اور اس طرح خون کی نلیوں کے باہمی تبادلہ کے لئے کارآمد سطح کم ہوتی جاتی ہے، نیز یہی زیادہ نمایاں ہوتا جاتا ہے۔

نفث۔ ابتدائی درجوں میں بہ شعبی التهاب کے بُساق سے مختلف نہیں ہوتا، یعنی یا تو وہ محض مخاطی ہوتا ہے یا مخاطی ربی۔ اور اس کی توجیہ اُس شعبی التهاب کے اعمال سے ہوتی ہے جو اکثر سِل رِوی کے ساتھ موجود ہوتے ہیں۔ لیکن بُساق بعض اوقات مقابلتہ ابتدا ہی میں، اور ما بعد درجوں میں تو ہمیشہ ہی ریمی ہو جاتا ہے، اُس کا رنگ سبز یا سبزی مائل زرد ہوتا ہے اور وہ غیر شفاف اور ہوا کے بلبلوں سے بالکل متبرّا ہوتا ہے جب وہ نہایت سیال ہوتا ہے تو ممکن ہے کہ انفرادی بُساقات باہم مخلوط ہو کر اپنی جداگانہ شکل کھودیں۔ لیکن سِل کے بُساق نفث کے بعد اکثر دیر تک مُجدّاجدار ہتے، اور اس گول چٹّی شکل کی وجہ سے جو کہ وہ بُساق دان میں اختیار کر لیتے ہیں، "فسکہ نمسا" (nummular) کہہ ملاتے ہیں۔ یہ بلاشبہ شش کے کہفوں میں افزائے اجتماع کی وجہ سے ہوتا ہے، اور اسی واسطے سِل میں مستقل طور پر واقع ہوتا ہے، لیکن اُن اصابتوں میں بھی موجود ہو سکتا ہے جہاں متع شبّات کہنے پیدا کر دیں (تمدّ الشعب bronchiectasis)۔ عصبیات ورنیہ کا خرد بینی امتحان بعد میں بیان کیا گیا ہے۔

نفث الدّم (hæmoptysis)۔ جب نفث الدّم سِل رِوی کی پہلی علامت کے طور پر واقع ہو تو خون عموماً شوخ سرخ رنگ کا اور جھاگ دار ہوتا ہے۔ وہ تغیر پذیر تعدادوں میں نفث ہے خارج ہوتا ہے اور عسام طور پر مریض چند گھنٹوں یا دنوں تک خون کے گلتے (pellets) تھوکتا رہتا ہے، جن کا رنگ

سیاہ سے سیاہ تر ہوتا جاتا ہے اور جو بتدریج کم کثیر الوقوع ہو کر پھر بالکل موقوف ہو جاتے ہیں۔ آخری درجوں میں جب کہ مرض خوب قائم ہو چکا ہوتا ہے غلاطی ری یا ریخی بساق میں اکثر خون کی دھاریاں ہوتی ہیں یا وہ خون آلود ہوتا ہے۔ بساق میں چند دھاریاں شبھی غلاطی جھلی میں کے چھوٹے عروق سے آسکتی ہیں، لیکن سبیل ریوی کا زیادہ میز خاصہ وہ شوخ رنگ خون ہے جو کہ بساق کے ساتھ ملا ہوتا ہے، یا جے ہوئے خون کے گلوں کا اخراج ہے جو اکثر دن کے وقت ہوتا ہے۔ وقتاً فوقتاً زیادہ افراط کے ساتھ ویسے نزفات واقع ہو سکتے ہیں جیسے کہ پہلے بیان کئے گئے ہیں جن میں خون معمولی افراز سے الگ ہو کر نکل آتا ہے اور اگر کوئی بڑی رگ متفرج ہو گئی ہو یا اگر ایک رکفہ میں کا ایک چھوٹا انورسما مشقوق ہو جائے (جو صورت کہ زیادہ اکثر ہوا کرتی ہے) تو تھوڑے ہی عرصہ میں خون کے کئی اونس یا ایک دو یا تینٹ خارج ہو کر اس کے بعد موت بہ سرعت واقع ہو سکتی ہے۔ نفث الدم دن کے وقت ہونے کی نسبت رات کو ہونے کا کیتقد زیادہ رجحان رکھتا ہے اور ایسا غالباً سردی کی وجہ سے ہوتا ہے (28)۔

طبعی امارات - سریریاتی نقطہ نظر سے راسی سن (apical phthisis) کے تین درجے بیان کئے جاتے ہیں (Turban-Gerhardt کی جماعت بندی)۔ درجہ اول میں جو ابتدائی اصابتوں کا ہوتا ہے، مرض ایک یا دونوں راسوں کے ایک چھوٹے رقبہ میں محدود ہوتا ہے۔ درجہ دوم میں تشدد ہوتا ہے اور مرض ایک نختہ کے سارے یا زیادہ تر حصے کو ماؤف کرتا ہے۔ درجہ سوم اور بھی زیادہ وسیع مرض کا ہوتا ہے جس میں وہ تمام اصابتیں شامل ہیں جن میں کہنی تکوین بہت ہوتی ہے۔

طبعی امارات انھیں درجوں کے لحاظ سے بہترین بیان کئے جاتے ہیں۔ درجہ اول میں ممکن ہے کہ وہ نہایت خفیف ہوں اور مختلف اصابتوں میں بہت مختلف ہوتے ہیں۔ ممکن ہے کہ آنکھ یا ماتھے کے ذریعہ ماؤف یا پر حرکت پذیری (mobility) کی ایک خفیف سی کمی شناخت کی جائے۔

اس مقصد کے لئے سکین کے ساتھ تنفس (tranquil respiration) کے دوران میں اور کامل تنفس (full respiration) کے دوران میں اضافی حرکات کو غور سے دیکھنا چاہئے۔ ممکن ہے کہ اس کا بہ احتیاط قزع (percussion) کرنے پر مقابل جانب کے مقابلہ میں سر کی خفیف سی کمی (slight impairment of note) پائی جائے۔ طبی حالت میں اسی گمگ کا ایک ۵، ۴ تا ۵ سینٹی میٹر (۳/۱۶ انچ تا ۲/۱۱ انچ) چوڑا بند ہوتا ہے جو شانے پر پھیلا ہوتا ہے (خاکلٹائے کوانگ Kronig's isthmus)۔ بحالت مرض یہ تنگ ہو سکتا ہے۔ ترقوی ہڈی کے عین نیچے ترقوی ہڈی پر یا فوق الترقوی حفرہ (supra-clavicular fossa) میں سر کی کمی (impaired note) بھی مل سکتی ہے۔ مریض کو ڈھیلی وضع میں بیٹھا ہوا ہونا چاہئے۔ استماع سے اکثر حویصلی خریر (vesicular murmur) کی کمی (diminution) اور باریک یا اوسط درجہ کے لفظات (fine or medium râles) پائے جاتے ہیں جو کھانسنے کے بعد پہلے شہیق کے اختتام کے قریب بہترین سنائی دیتے ہیں۔ زفری خریر بلند اور لمبا ہو سکتا ہے جیسے کہ شہیقی تنفس میں اور ممکن ہے کہ صوتی گمگ (vocal resonance) کی زیادتی اس کے ہمراہ پائی جائے۔ لیکن یہ یاد رکھنا نہایت اہم ہے کہ لمبا بلند زفری خریر جس کے ساتھ بلند صوتی گمگ ہو، سندرست اشخاص میں بھی دائیں جانب پر غیر عام نہیں ہوتا، بالخصوص عورتوں میں۔ اور بالعموم ایک ابتدائی اصابت میں اس سے پہلے کہ ہم طبی امارات پر سے یقین کے ساتھ یہ کہہ سکیں کہ اسی بل کی شہادت موجود ہے، تھوڑے تھوڑے وقفوں پر کمر امتحان کی ضرورت ہوتی ہے۔ سر کا کم ہو جانا (impairment of note) اور لفظات (râles) نہایت قابل اعتماد امارات ہیں۔ لیکن بعض اوقات قفقی ترقوی مفصل میں ایسی آوازیں (sounds) پیدا ہو جاتی ہیں جو چمکنے والے لفظات (crackling râles) سے نہایت قریبی مشابہت رکھتی ہیں۔ یہ قاعدہ جھٹکے والے (jerky) یا لہری (wavy) تنفس (یعنی نام نہاد و تپہا تنفس cog-wheel= respiration) کوئی تشغیصی اہمیت نہیں رکھتا۔

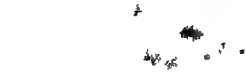
درجہ دوم (تجذ) میں طبی امارات کئی لحاظ سے ذات الریہ کے



دوسرے درجہ کے امارات سے مماثل ہوتے ہیں۔ ماؤف شدہ وکشی کی وسعت کے لحاظ سے ماؤف جانب کی نقل پذیری (mobility) میں کم دوشی (impairment) ہوتی ہے۔ اور جب ترقی مرض غیر معمولی طور پر سرچ نہ رہی ہو تو ترقوی ہڈی کے اوپر اور ترقوی ہڈی کے نیچے کے خطوں میں صریح نقشب ہوتا ہے، جو یعنی ساخت کے انقباض سے، یا شاید بافت کے اس ابتدائی ترین اتلاف سے پیدا ہو جاتا ہے جس سے کہنے پیدا ہو گئے ہیں جو ابھی اس قدر چھوٹے ہیں کہ طبیعی امارات سے نہیں پہچانے جاسکتے۔ جوں جوں اصابت جاری رہتی ہے قریع کرنے پر گنگ کی کمی (loss of resonance) بڑھتی جاتی ہے۔ لیکن یہ اہمیت (dulness) سازشی اتنی مطلق ہوتی ہے کہ جتنا کہ ایک پلیورائی انضباب پر۔ استماع کرنے پر مختلف صفتوں اور ارتفاع (pitch) کا شبعی تنفس سنائی دیتا ہے، اور آواز اور لھاؤ بلند شبع صوتی کے ساتھ (loudly bronchophonic) ہوتے ہیں۔ تنفس انکلات (consonating râles) اور مختصر نثر خراست (short rhonchi) معمولاً سنائی دیتے ہیں۔

168

درجہ سوم (اکتہاف excavation) میں جب کہ مرض کچھ عرصہ تک قائم رہ چکا ہے، ایک تشش کو خطرناک طور پر ماؤف کر چکا ہے، تشش پر بھی محسوس کرنا شروع کر چکا ہے، سینہ کی شکل میں نہایت صریح تغیرات موجود جاتے ہیں۔ سب سے زیادہ ماؤف جانب پر سینہ انتہائی زریف کی شکل میں ہے۔ وہ چپٹا، لمبا، اور تنگ ہو جاتا ہے۔ شانہ پست اور ڈھلواں ہوتا ہے۔ عظم الکلف کا زاویہ زیریں اندر کی طرف ہٹ جاتا ہے، اور اوپر والی پسلیاں سامنے کی طرف ایک دوسرے سے عرضاً دور ہو جاتی ہیں، اور نیچے والی پسلیاں باہم مجتمع ہوتی ہیں، اور شر ایمنی زاویہ (epigastric angle) اپنی صغیر ترین جامت اختیار کر لیتا ہے۔ پسلیوں کا باہمی اجتماع ایک لاشعاعی پیش کرتا ہے جسے کھیر مل پن ("roof-tiling") کہتے ہیں۔ عمومی نقطہ صحت (Plate 6, A) میں دکھلایا گیا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 170)۔ سینہ میں اس علامہ کے علاوہ، سینہ کے بالائی حصے کی باز کشیدگی (retraction) اور سب سے زیادہ



الف ترقی یافتہ سہ ریوی کی وجہ سے شش کا وسیع تنفس اور دایں راک پر تکلف موجود ہے۔



ب وایاں پھیورانی انصاف۔ (یشوع ششائیں مسٹر لنڈ سے لاک نے لی میں)

حرکت کی ایک تناظر کمی بھی ہوتی ہے۔ قرع کرنے پر سراسیمہ (dull note) ہوتا ہے، خواہ کہنے موجود ہی کیوں نہ ہوں۔ لیکن جب کہنہ بڑا ہو تو ایک بیش گلی (hyper-resonant) نہ حاصل ہوتا ہے۔ اگر ایک بڑا کہنہ شعبی نالی کے ساتھ آزادانہ ارتباط رکھتا ہو اور مریض کا منہ کھلا ہوا ہو تو قرع کرنے سے اکثر پھوٹی ہند یا جلیسی آواز (cracked pot sound) یا صوتِ ظرفِ شکستہ (bruit de pot fêlé) نکلے گی جو سسکوں کی ایسی جھنکار (clink of coins) سے کیفہً مشابہ ہوتی ہے جیسی کوہلو ہاتھوں کو ملائے ہوئے اور کھوکھلا رکھ کر گھٹنے پر مارنے سے پیدا ہو جاتی ہے۔ اس آواز کی پیدائش میں دو عناصر کار فرما ہوتے ہیں: (۱) ایک ہوا سے بھرے ہوئے کہنہ کی موجودگی۔ (۲) قرع کرنے پر ہوا کا تیزی کے ساتھ ایک تنگ فتح کی راہ سے باہر نکلنا۔ استماع کرنے پر کلن یہ کہ نہیں شعبی (bronchial)، کہنکی (cavernous) اور قدری (amphoric) تنفس ملے، بلحاظ اس امر کے کہ استعدا کہتاف اور اس کے کروٹلیف (fibrosis) موجود ہے۔ وہ حقیقتہً قدری صرف اسی وقت ہوتا ہے جبکہ کہنہ بڑا ہو۔ شعبہ صوتی (bronchophony) اور صدر کلامی (pectoriloquy) بھی پائے جائیں گے۔ کہنوں پر بڑی جسامت کے کرکراہٹ دار لفظات (crackling râles) اور فلزی جھسکار (metallic tinkling) سنائی دیتی ہے۔ استماعی اصوات عمیق شہیق لینے یا کھانسنے پر بہترین نکلتے ہیں، جب کہ بعض اوقات بعد سعالی امتصاص (post-tussive suction) کی آواز بھی سنائی دیتی ہے۔ تاوقتیکہ ایک کہنہ کم از کم اخروٹ کی جسامت کو نہ پہنچ گیا ہو، وہ غالباً تجھد کے مقابلہ میں تمیز امارات نہیں پیش کرتا۔ ساتھ ہی یہ بھی بتلا دینا چاہئے کہ اس وقت جب کہ دوران زندگی میں کہنہ کے کوئی امارات موجود نہ تھے، بعد المہات امتحان میں ایک کہنہ پایا گیا ہے۔

نظامِ دورانِ خون۔ مزمن سہل ریوی میں قلب نسبتہً چھوٹا ہوتا ہے، جیسا کہ اس کے عرض کی لاشعاعی پیمائشوں سے ظاہر ہوا ہے، جو صحیح دروں نگار (ortho-diagraph) کے ذریعہ سے لی گئیں۔ خاص حال جو اس کا سبب ہوتا ہے غالباً مزمن کمئی ورزش (chronic under-exercise) ہے۔ یہ ایک

عدم استعمالی ذبول (disuse atrophy) ہے۔

عام علامات - اسر تفاع تیلش (pyrexia) - ریل ریوی کے ابتدائی ترین ایام سے بخار موجود ہو سکتا ہے، لیکن یہ عموماً شش میں کے تدرنی عمل کی فاعلیت سے کچھ نہ کچھ نسبت رکھتا ہے، جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ اگر مرض وقتاً فوقتاً غیر فاعلی ہو جاتا ہے، تو بخار بھی متناسط عرصہ کے لئے غیر موجود ہو سکتا ہے۔ لیکن وہ اکثر مہینوں تک مسلسل موجود ہوتا ہے۔ صبح کی نسبت شام کو تپش عموماً زیادہ بلند ہوتی ہے، اور وہ یا تو متفرق (remittent) قسم کی ہوتی ہے یا متوقف (intermittent) قسم کی۔ بخار کے زیادہ بلند درجوں کے ساتھ وہ بے آرامی اور کسندی (discomfort and malaise) ہوتی ہے جو اسر تفاع حرارت میں عام ہے۔ جب تپش گرتی ہے تو دافر پینے (profuse sweats) آتے ہیں، بالخصوص مرض کے بڑھے ہوئے درجوں میں، اور کبھی کبھی پسینہ آنے سے پہلے خفیف سی سروی لگتی ہے۔ لیکن حقیقی قشریہ رونا اور الوقوع ہے، اور عام ترین واقعہ یہ ہے کہ مریض رات کے ابتدائی حصے میں جہاں تک کہ کھانسی موقع دے، کم و بیش سکون کے ساتھ سو جاتا ہے، اور علی الصبح بیدار ہو کر خود کو پسینہ سے اشرا بور پاتا ہے۔ ابتدائی درجوں میں بھی کسی قدر شب عرقی (night sweating) غیر عام نہیں۔

لاغر (loss of flesh) اور ضیاع قوت۔ دُلاپن ریل ریوی میں قاعدہ کلیہ کے طور پر واقع ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ یہ ایک ابتدائی ترین علامت ہو، اور اُس وقت جب کہ کھانسی محض ایک شعبی نازلت سمجھی گئی ہو، یہ ایک انتباہی نشان ہو۔ ایک مریض اس صابت کے اختتام پر لاغر و انتہائی درجہ کی ہو جاتی ہے۔ مستثنیٰ اصابتوں میں تغذیہ اُس وقت بھی خاصہ اچھا قائم رہتا ہے جب کہ طبیعی امارات یہ ظاہر کرتے ہیں کہ ایک بڑا بلکہ صریحاً فاعلی ضرر موجود ہے۔ عضلی طاقت جلد کمزور پڑ جاتی ہے، اور مریضوں کی توانائی جاتی رہتی ہے اور وہ سست ہو کر طویل محنت کے ناقابل ہو جاتے ہیں، خواہ یہ محنت دماغی ہو یا جسمانی۔ لیکن بہت سے مریضوں میں دماغی حالت بڑی امید اور اعتماد کی ہوتی ہے، اور اس وقت بھی

جب کہ وہ مجبور اور بے دست و پا پڑے ہوتے ہیں وہ اس کا صحیح اندازہ لگانے میں قاصر رہتے ہیں کہ وہ کس قدر بیمار ہیں اور توقع رکھتے ہیں کہ اگر ایک بار کھانسی سے نجات مل جائے تو شفا ملے گی ہو جائے گی۔

عل مرد مویت (anæmia) ایک کثیر الوقوع علامت ہے، ابتدائی اور آخری دونوں درجوں میں اور اگر نفث الدم سے خون ضائع ہوا ہو تو یہ اور بھی شدید ہوتی ہے۔

نرراق (cyanosis) - چہرہ کبود ہوتا ہے، بالخصوص اُن حاد اصابوں میں جن میں شش کا ایک بڑا رقبہ ماؤف ہو اور اس وجہ سے شریانی خون کا تاہکہ (oxygenation) ناقص ہو۔ اُن مزمن اصابوں میں جن میں قلب کی دایں جانب کینقدر متع ہو گئی ہو، زیادہ بین زراق ہوتا ہے، جو بالخصوص وریدی دوران خون کے بطور (retardation) کے باعث ہوتا ہے، جب کہ نظامی خون (systemic blood) سے عروق شریانیہ کی طرف معمول کی نسبت زیادہ آکسیجن خارج ہو جاتی ہے۔

انگلیوں کی گس زشکی (clubbing of the fingers) سل ریوی کا ایک عام منظر ہے، اگرچہ صرف یہ اُسی سے مختص نہیں۔ بقیہ انگلی کے لاغر ہو جانے کے باعث یہ منظر اور بھی نمایاں ہو جاتا ہے۔ یہی تغیر پاؤں کی انگلیوں میں بھی نظر آ سکتا ہے۔ (ملاحظہ ہو بیش پرورشی ریوی عظمی وادافصل = hypertrophic pulmonary osteo-arthropathy)۔

علامات سوء هضم، جیسے کہ عدم اشتہا، متلی، اور قے دورانیہ مریض میں کسی وقت واقع ہو سکتے ہیں۔ آخری درجوں میں متلی یا غذا سے نفرت اس قدر نمایاں ہو جاتا ہے کہ طیب اور مضرہ کو یہ ایک خاص وقت ہوتی ہے کہ مریض کو کوئی بھی چیز کیسے کھلائی جائے۔ آخری درجوں میں اسہال (diarrhoea) عام ہوتا ہے۔ یہ محض نازلتی حالت کے باعث ہو سکتا ہے، یا لئانی (ileum) کے تفرج یا چربشی (lardaceous) مرض کی وجہ سے۔ اجابتیں مختلف ہوتی ہیں، بعض اوقات زرد رنگ کی، غیر مضم شدہ اور اُن میں قدر

مخاط یا خون ہوتا ہے۔ التهاب باریطون (peritonitis) ایک ورنی قرص کا نتیجہ نہایت شاذ ہوتا ہے۔ زیادہ اکثر وہ باریطون میں کے ورنوں کے باعث ہوتا ہے، لیکن یہ ایک عام پیچیدگی نہیں ہے۔

متذکرہ بالا علامات کے علاوہ جسم کے دوسرے حصوں میں ورنے جم جانے سے بھی علامات پیدا ہو سکتے ہیں جیسا کہ مرضی تشریح کے باب میں بیان کیا گیا ہے۔ ان میں سب سے زیادہ عام حنجری تکرر (laryngeal tuberculosis) ہے۔ علاوہ ازیں مختلف عفونی پیچیدگیاں ہو سکتی ہیں جیسے کہ دامل (furuncles) قروح الفراش (bed-sores) وغیرہ آخری درجوں میں اور فخذی و سریدی علقیت (femoral venous thrombosis) جو بائیں طرف زیادہ عام ہوتی ہے۔

ریوی تدرن کی دوسری شکلیں۔ ذات الریوی سل (pneumonic

phthisis) (حننازیری ذات الریوی = serofulous pneumonia) یہ بہت کچھ حاو ذات الریوی کے حملہ کی طرح شروع ہوتی ہے جس میں ایک پہلو میں درد تیز بخار، سردی لگنا (chills) اور شب عرقی (night-sweats) کھانسی اور نفث ہوتے ہیں۔ طبیعی امارات بھی ذات الریوی کے ہوتے ہیں۔ لیکن وہ اس پر سب سے زیادہ نمایاں ہو کر نیچے کو پھیلتے ہیں۔ اصمیت (dulness) شبنی نفس اور شعبہ صوتی (bronchophony) کے ساتھ موٹے مخاطی لفظات، تنغم لفظات (consonating râles) اور بلند کلک (loud clicks) ہوتے ہیں۔ اکثر یہ حالت ایک پھیپھڑے کی نسبت دوسرے میں بہت زیادہ نمایاں ہوتی ہے۔ یہ خرابی بسرعت پھیل جاتی ہے، ارتفاع پیش شدید ہوتا ہے، پسینے بکثرت نکلتے ہیں، اشتہا بالکل جاتی رہتی ہے اور انبطاح (prostration) انتہائی درجہ کا ہو جاتا ہے۔ شش کی شکست و ریخت (breaking down) ہونے کے آثار زیادہ سے زیادہ نمایاں ہوتے جاتے ہیں۔ تیش متوقف (intermittent) طرز اختیار کر لیتی ہے۔ بُساق ریوی ہو جاتا ہے اور اس میں شش کی بافت کا چوبلا (debris) موجود ہوتا ہے۔ یہ بیماری یا تو خستگی (exhaustion) کی وجہ سے یا نفث الدم کے

باعث، جو اگر کچھ ہوتا ہے تو نہایت افراط کے ساتھ، اکثر پانچ سے بارہ ہفتوں تک میں مہلک ہو جاتی ہے۔

سِلّ نائچما (hilum phthisis)۔ یہ مرن کی ایک مرن شکل ہے۔

مریض جو عموماً بچہ اور بعض اوقات بالغ ہوتا ہے، ہمیشہ تکان کے احساس کی شکایت کرتا رہتا ہے۔ پیش اکثر خفیف سی بلند ہوتی ہے، یعنی صبح کے وقت شاید ۹۹ درجہ فارن ہائٹ اور شام کو ۱۰۰ درجہ فارن ہائٹ (متقی)۔ پیچھے کے طرف شش کی جڑ کے مقام پر ایک یا دونوں جانب، عظم الکف کے فقری کناروں کے درمیان، گٹھا ہوا سُر (impaired note) ہوتا ہے اور ممکن ہے کہ خاکائے کرونگ (Kronig's isthmus) بھی کم ہو گئی ہو۔ لفظات (râles) سزا دی سنائی دیتے ہیں۔ ممکن ہے کہ الغوں میں قریبی مرن کوئی تبدیلی نہ پائی جائے۔ ان نہایت ہی غیر متعین طبیعی امارات کے برعکس، لاشعائیں جڑ کی طبیعی چھاؤں (normal root shadows) میں زیادتی ظاہر کرتی ہیں (جو غالباً لمفائی درخستگی کے باعث ہوتی ہے) اور وسیع باریک تنقط (mottling) پھیپھڑوں پر ہر جگہ پایا جاتا ہے۔ صرف اسی وقت جب کہ یہ کیفیت، جو ابستاء مرکزی ہوتی ہے، سطح تک پہنچ جاتی ہے، لفظات سینہ پر مختلف مقامات پر بالخصوص پھیپھڑوں کی بیرونی سطحوں پر سنائی دیکھتے ہیں۔

لیفی سِلّ (fibroid phthisis)۔ یہ راسی سِلّ (apical phthisis)

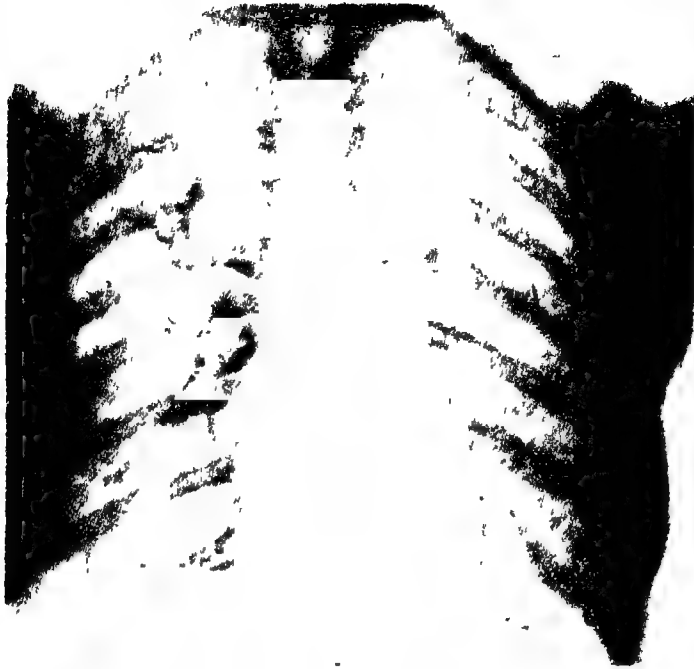
کی ایک نہایت مرن شکل ہے، جو اکثر صرف ایک ہی شش کو مآؤف کرتی ہے۔ سریر باقی لحاظ سے یہ حالت مرنی شش کے انقباض کے علامات سے شناخت میں آتی ہے۔ سینہ بیٹھا ہوا (sunken) ہوتا ہے، قلب مآؤف جانب کی طرف ہٹا ہوا (displaced) ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ مقابل شش اپنا گمگ دار رقبہ اسی سمت میں بڑھا دے۔ اگر بایاں شش مرنی ہے تو ممکن ہے کہ لجال اور جڈ اور اگر دایاں شش مآؤف ہے تو ممکن ہے کہ جگر سینہ میں دُور تک اوپر کھینچ آئے۔ کہفوں کے طبیعی امارات خاص کر راس پر ہوتے ہیں، جیسے کہ سِلّ کی دوسری اصابتوں میں۔ لیکن گمگ کی کمی، شعبی تنفس اور شعبی صوتی (bronchophony)

شائدہ سارے ماؤف شش پر موجود ہوتے ہیں۔ اگر دوسری جانب ماؤف ہوتی ہو تو وہ صرف اس پر ماؤف ہوتی ہے۔ اکثر کھانسی یا نفث زیادہ نہیں ہوتے۔  
بیسینہ بھی نہیں ہوتا، اور تپش طبعی ہوتی ہے۔ آخری درجوں میں ممکن ہے کہ قلب کے دائیں جانب کا فسل ہو، اور اس کے ساتھ سانس پیولا ہوا، استسقا اور زراق بھی۔

**سِل کی تشخیص**۔ ترقی یافتہ اصابتوں میں علامات اور طبعی امارات تشخيص کو واضح کر دیتے ہیں۔ ابتدائی درجوں اور سکون (quiescence) یا ایقا (arrest) کے زمانوں کے سوائے، بَاقِ درنی عصیان ظاہر کرے گا۔ اُن کی شناخت کے لئے ضروری ہے کہ ان کی تلویں کر کے ان کو ۳۵ یا ۴۰ قطروں کی خرد بینی طاقت سے دیکھا جائے۔ آجکل زیل نیلسن (Ziehl Neelsen) کا طریقہ تلویں عام طور پر استعمال کیا جاتا ہے۔ ایک شیشہ، محافظ بَاق کی ایک پستلی تہ کا آلود (smear) پھیلا دیا جاتا ہے، آہستہ آہستہ گرم کر کے خشک کر لیا جاتا ہے، اور پھر سٹریک (slide) کو ایک پیرٹ پیپ کے شعلہ میں سے تین بار گزرا کر اسے مثبت کر لیا جاتا ہے۔ اللحل ملین کے (fuchsin) کے ایک حصے کا محلول، فیнал نے دنی صدی آبی محلول کے ۱۰ حصوں میں شامل کر دیا جاتا ہے۔ اسے گرم کیا جاتا ہے، یہاں تک کہ بھاپ اٹھنے لگے۔ اب فلم کو نیچے کے طرف رکھتے ہوئے شیشہ، حافظ کو اس آمیزہ پر تین یا چار منٹ تک ترایا جاتا ہے، اور پھر پانی سے دھو کر ملبینز رک ایسڈ کے ۲۰ فی صدی محلول میں ڈبو دیا جاتا ہے، یہاں تک کہ اس کا رنگ اُڑ جائے۔ پھر اس کو پانی میں دھو لیا جاتا ہے، اور میتھیلین بلیو (methylene blue) کے تقریباً سیر شدہ آبی محلول کے ذریعہ اس کی ضد تلویں (counter-stain) کر لی جاتی ہے، پھر اسے جلدی سے پانی سے دھویا جاتا ہے، خشک کیا جاتا ہے، اور اس کا ترتیب زائل بالسم (xylol balsam) میں کر لیا جاتا ہے۔ نیز تشخیصی اغراض کے لئے بَاق کا اثر اب ایک کینی پگ میں کیا جاتا ہے، اور چھ ہفتوں کے بعد اس جانور کا امتحان دُغنی تدرن (miliary tuberculosis) کے لئے کیا جاتا ہے۔







الف سل بروی میں دائیں راس پر کھنڈ ہے



ب۔ وہی مریض استرواح الصدر کے امالہ کے بعد۔ دیکھو ایک چھوٹا سا کھنڈ ہنوز باقی ہوا  
اور جداری پلیورا کے درمیان انضمام ہے اور قلب بائیں طرف کو شاہوا ہے۔ (یہ  
شعاع غماشتیں سٹرنڈ سے لاک نے لی ہیں)

لچکدار بافت کے ریزے جو آخری درجوں میں باقی کے ساتھ موجود ہوتے ہیں، خوردبین سے دیکھے جاسکتے ہیں جس کے لئے ان چھوٹی ناہموار گرتوں (nodules) کو جو بعض اوقات پائی جاتی ہیں سوئی سے کرید کر پھیلا نا چاہئے یا باقی کو ٹیس منٹ کے لئے لائیکرسوڈی (liquor sodæ) میں ابال کر نفل (sediment) کا امتحان کرنا چاہئے۔ لچکدار بافت ہر اس امیابت میں پائی جاتی ہے کہ جس میں شش کی بافت کا قاعلی اتلاف ہو۔

سب ریوی کے ابتدائی درجوں میں اس کی موجودگی کا یقینی طور پر جاننا نسبت بہت زیادہ مشکل ہوتا ہے۔ کھانسی، نفث اور لاعری کی زیادہ بین علامتوں کے علاوہ جو ممکن ہے کہ سب کی سب غیر موجود ہوں، مندرجہ ذیل سے قیمتی اشارات (indications) حاصل ہوتے ہیں :- (۱) نکان کا احساس جس کی مریض کو شکایت ہو ا کرتی ہے۔ (۲) مستقیم پیش میں تغیرات۔ نہایت ابتدائی امیابتوں میں مستقیم پیش علی الصبح اس پیش کی بہ نسبت کم ہوا کرتی ہے جو کہ اوسط معمولی موضوع کی ہوتی ہے، یعنی ۹۰ درجہ فارن ہائٹ سے نیچے۔ ازاں بعد ۷۰ بجے صبح وہ ہمیشہ ۴۰ و ۴۵ درجہ فارن ہائٹ سے اوپر اور شام کو درجہ ۶۰ کے ایک گھنٹہ کے بعد ۵۰ و ۵۵ درجہ فارن ہائٹ سے اوپر ہوا کرتی ہے۔ یہ یاد رکھنا چاہئے کہ عورتوں میں مستقیم پیش حیض شروع ہونے سے ایک ہفتہ پہلے اور کبھی کبھی ابتدائی حیض کے بعد ایک ہفتہ تک طبعی طور پر قدرے بڑھی ہوئی ہوتی ہے۔ (۳) ذات الجنب کی سرگزشت بھی موجود ہو سکتی ہے۔

ابتدائی طبعی امارات جو تشخیص میں کیتقد مفید ہو سکتے ہیں، یہ ہیں :-  
ایک راس پر گمگ کی کمی (impaired resonance) اور ساتھ ہی گھٹا ہوا حویصلی خریر (vesicular murmur) یا گھٹے ہوئے حویصلی خریر کے ساتھ شہیق (inspiration) کے دوران میں یا کھانسنے کے دوران میں لفظات (râles) سب کی تشخیص میں رائجینی شعاعوں (Rontgen rays) سے قیمتی مدد حاصل ہوتی ہے اور ممکن ہے کہ طبعی امارات پائے جانے سے پہلے تمثیلی مناظر موجود ہوں (محض ۶ الف و ۷۔ صفحات 168، 174 ملاحظہ ہوں)۔ ممکن ہے کہ

ایک ڈانفرام کی حرکت میں کمی ابتداء ہی سے موجود ہو۔  
مختلف قسم کے جلدی دھبے (tuberculides) جب جلد پر  
شناخت ہو جائیں تو کسی اندرونی تدرنی ضرر کا پتہ دیتے ہیں (ملاحظہ ہو بعد کے  
صفحات)۔

تشخیص میں ٹیوبرکیولین (tuberculin) - مانٹو (Mantoux) کا  
کاشف اب عالمگیر طور پر استعمال کیا جاتا ہے۔ متدیم ٹیوبرکلین (tuberculin)  
(Okell, 1930) کو بھاپ کے اوپر دس گنا مرکب کیا جاتا ہے اور اس کو ۵۰  
فی صدی فینال (phenol) پر مشتمل ایک طبی مالح کے ذریعہ ترقیق کر کے ہر چودہ دن  
کے بعد ۱/۱۰، ۱/۱۰۰، ۱/۱۰۰۰، ۱/۱۰۰۰۰ کی طاقتوں میں محفوظ کر دیا جاتا ہے۔  
۱/۱۰۰۰۰ کا ارد۔ مکعب سینٹی میٹر لے کر اس کو دروں جلدی طور پر اشرب کر دیا جاتا ہے اور  
جس طرح کہ صفحہ ۱۴۰ پر بیان کیا گیا ہے۔ ایک تاخیر پذیر مواعظ، التہابی  
جمعیت (response) جس کی اعظم مقروضہ ۲۴ یا ۴۸ گھنٹے سے پہلے واقع نہ ہو، تدرنی  
سہرایت ظاہر کرتی ہے (53)۔ یہ نہایت تجب کی بات ہے کہ پچھڑے کے گوشت  
کی کلمہ بن آمینختہ (glycerinated) پیتوتنی یعنی بالکل ٹیوبرکلین کی طرح عمل کرتی ہو  
(54)۔ اس سے اس واقعہ کی یاد تازہ ہوتی ہے کہ وائرمن (Wassermann)  
تعال کے لئے ضد جسم آفرین (antigen) غیر آتشکی مادہ سے تیار کیا جاتا ہے۔  
اگر رد عمل بالکل نہ ہو تو اگلی طاقت استعمال کی جاتی ہے، وعلیٰ ہذا القیاس۔

171

تشخیص متہم تثبیتی تعامل کے ذریعہ (complement fixation reaction)  
جس طرح تدرن کی تشخیص کے لئے بارڈے کنکاؤ (Bordet)  
(Gengou) کے تعامل کے استعمال سے بعض کارکنوں کی رائے کے مطابق حال  
ہی میں عمدہ نتائج حاصل ہوئے ہیں۔ زندہ عصیات درنیہ کا ایک مستحلب  
(emulsion) بطور آئینٹی جن (antigen) کے کام میں لایا جاتا ہے۔ جب اسے ایک  
تدرنی مریض کے مصل کے ساتھ ملا یا جائے تو یہ متہم (complement) کی تثبیت  
کرویتا ہے، چنانچہ ایک حساس گودہ دم پاشل (sensitised hæmolytic serum)

کے ذریعہ سرخ غلیتوں کی دم پاشیدگی (haemolysis) واقع نہیں ہو سکتی (30)۔  
 نفث الدم (haemoptysis) کو تدرن کی دلالت سمجھ لینے سے پہلے یہ صاف طور پر پہچان لینا چاہئے کہ خون درحقیقت شش سے آتا ہے نہ کہ سونے ناک یا دانتوں سے۔ مریض کے بیانات اکثر غیر ثبوتی بخش یا گمراہ کن ہوتے ہیں۔ خون پھیپھڑوں سے کھانسا ہوا، سرخ اور جھاگ دار ہونا چاہئے۔ اکثر اس کے آنے سے پہلے حلق میں گدگدی محسوس ہوتی ہے اور متلی کا وہ احساس نہیں ہوتا جو قے الدم (haematemesis) میں زیادہ عام ہے۔ مزید برآں اگر خون پھیپھڑوں سے آیا ہے تو مریض آزادانہ نرف واقع ہونے کے بعد عموماً چوبیس یا اڑتالیس گھنٹوں تک بساق کے ساتھ ملا ہوا خون تھو کے گا۔ یہ ممکن ہے کہ پریپور (purpura) میں خون کا نفث فی الحقیقت شش سے ہو لیکن اس کا سبب متلازم علامات پر سے باسانی پہچانا جائے گا۔ بعض اوقات نو عمر اشخاص میں مطرائی ضیق (mitral stenosis) میں نفث الدم ہوتا ہے۔ اگر چہ اس یونی اکلجلیت اور کہبت کبیر (cirrhosis of the liver) اکثر ایک ساتھ پائے جاتے ہیں تاہم پھیپھڑوں سے خون کا آنا اکثر کہبت (cirrhosis) کے دوران میں تدرن سے بالکل علیحدہ بھی ہو سکتا ہے اور غیر معمولی بلند شویانی دباؤ کی وجہ سے بالخصوص معمر اشخاص میں نفث الدم کا ہونا شاذ نہیں۔

بعض اوقات میں رد (intercurrent) شعبی التهاب (bronchitis) یا ذات السریس سے سل ریوی مخفی ہو جاتی ہے۔ ایک یا دوسرے راس پر طبیعی امارات کی تغخیم (accentuation) اہم ہے نیز سرگزشت مرض نفث الدم (اگر وہ موجود ہو) اور بساق میں عقیوں کا پایا جانا۔ تمد الشعب (bronchiectasis) کے ساتھ خلط ملط ہو جانے کے امکان کا تذکرہ پہلے کیا جا چکا ہے (ملاحظہ صفحہ 137)۔ تقیج الصلر کے ساتھ بخار پسینے اور لاغری موجود ہوتی ہے اور اگر وہ شش میں ہو کر پھوٹ پڑے تو کھانسی اور ریوی بساق موجود ہوگا۔ طبیعی امارات عموماً قاعدے میں موجود ہوں گے۔

انذار۔ اور کسی مرض میں اصابتیں شاذ ہی اس قدر مختلف ہوتی ہیں

جس قدر کہ وہ سہل روی میں ہوتی ہیں۔ اگر اس کی شناخت اس کے ابتدائی درجہ میں ہو جائے تو یہ اس قدر کئی طور پر شفا یاب ہو سکتی ہے کہ سریراتی طور پر اس کے کوئی آثار نہیں پائے جاسکتے۔ بعض اصابتوں میں ممکن ہے کہ یہ چند ہی مہینوں میں ہلک ہو جائے۔ یا ممکن ہے کہ یہ دس بیس بلکہ پچاس سال تک جاری رہے اور اس سارے عرصہ کے دوران میں وہ منع طبعی امارات اور علامت موجود رہیں۔ اس میں سرایت کی قسبیت (virulence) اور مریض کی قابلیت مدافعت یہ دونوں تغیر پذیر عناصر ہوتے ہیں، اور تا وقتیکہ مریض کچھ عرصہ تک زیر مشاہدہ یا زیر علاج نہ رہے یہ اندازہ کرنا مشکل ہے کہ ان میں سے کون غالب رہے گا۔

ممکن ہے کہ علاج سے فی الفور بہتری واقع ہو جائے، یا دوران مرض میں کسی وقت بھی مریض کی محافظ قوتیں اس قدر زیادہ ہو جائیں کہ عرصہ دراز کے لئے اس کے عمل کو روک دیں۔ اور کسی حالت میں بھی اس کے متعلق جلد بازی سے پیشین گوئیاں نہ کرنی چاہئیں کہ خاتمہ کب ہوگا۔ تاہم بعض علامات کے متعلق معلوم ہے کہ وہ انداز پر اثر انداز ہوتے ہیں۔ مثلاً مڈ ہرسٹ (Midhurst) کی شاہ ایڈورڈ ہفتم کی صحت گاہ سے خارج شدہ سہل کے مریضوں کی سرگذشت بتائے مابعد (after-histories) نے اخراج کے تین تا

سات سال بعد پہلے درجہ میں ۶، ۵، ۱۵ فی صدی اموات (Turban-Gerhardt) درجہ دوم میں ۳۰ فی صدی اموات اور درجہ سوم میں ۴۰ فی صدی اموات ظاہر کئے۔ جب تدرنی التهاب حجرہ بھی موجود تھا تو یہ اعداد علی الترتیب ۹، ۲۴، ۳۳، ۶۳ اور ۷۳ فی صدی تھے۔ اس پیچیدگی نے انداز کو بہت بدتر بنا دیا، بالخصوص ابتدائی درجوں میں (5)۔ دوسری پیچیدگیوں کی موجودگی بھی ناموافق ہوتی ہے۔ انداز اس وقت بہت بہتر ہوتا ہے جب کہ علاج کی وجہ سے یا تو بساق نہ ہو یا اس میں عصبیات درنیہ نہ مل سکیں۔ انداز کا انحصار اس احتیاط کی مقدار پر بھی ہوتا ہے جو مریض اخراج (discharge) کے بعد اپنے متعلق اختیار کرتے۔ بالعموم وہ مرقہ الحال اشخاص کے نسبت اہل حرفہ کی حالت میں بہت بدتر ہوتا ہے۔ محل بھی اس مرض پر ناموافق اثر رکھتا ہے

اور یہ امر ابتداً زچگی کے بعد مشاہدے میں آتا ہے۔

تحریر - تازہ ہوا اور عمدہ غذا جیسی کہ مریضِ سل کے لئے مناسب بنائی گئی ہے، مسلول والدین کے بچوں کے لئے بھی مناسب ہے۔ ایسے ہی ذرائع سے وہ اس عصبیت کے مقابلے کے لئے اپنی بافتوں کی قوت مدافعت بہترین طور پر برسا سکتے ہیں۔ ان مسلول مریضوں کو جو شادی کرنے والے ہوں اس خطرے سے آگاہ کر دینا چاہئے کہ ان کی اولاد میں اس مرض کے نمویاب ہو جانے کا امکان ہے۔ اسی طرح ایک تندرست زوج کو سرایت ہو جانے کا صریح خطر ہے۔ اگر کسی مکان میں ایک مسلول مریض رہتا ہے تو دوسرے تندرست مریضوں کو سرایت کے خطرہ سے اپنی حفاظت کرنی چاہئے۔ مریض کو ایک علیحدہ کمرے میں سونا چاہئے جس میں کوئی دوسرا نہ رہے۔ درونی جامے (underclothes) اور ستر کے کپڑوں کو دھونے سے پہلے گرم پانی میں بھلا لینا چاہئے۔ مکان میں وافر ترویج ہونی چاہئے۔ تمام اصابتوں میں باقوں (sputa) کو ایک عفونت کش سیال (۵ فی صدی کاربوئک کے محلول) کے اندر تھکنا (eject) چاہئے اور بالآخر انھیں دس منٹ کے لئے ابلتے ہوئے پانی میں حشف کر کے بے ضرر (innocuous) بنا لینا چاہئے۔ تدرن زدہ مائیں اپنے شیرخوار بچوں کو دودھ نہ پلائیں۔

علاج - ایک ابتدائی اصابت کے لئے اہم ترین علاج کامل سکون و آرام ہے یہاں تک کہ کوئی تپ باقی نہ رہے، اور مریض اصابتوں کے لئے ایک زریں قاعدہ یہ ہے کہ ہر ہفتہ میں ایک دن بستر میں گزارا جائے۔ دیگر ضروریات، تازہ ہوا (ملاحظہ صفحہ ۵) اور مفطر عمدہ غذا ہیں۔ حتی الامکان مریض کو بے محنت اور بے غم زندگی بسر کرنی چاہئے۔ عورت میں حمل نہ ہونے دینا چاہئے، اور اگر حمل شروع ہو گیا ہو تو اسے ابتدائی درجہ ہی میں ختم کر دینا چاہئے۔

تدرنی سرایت کا ثبوت ہم پہنچنے کے بعد مندرجہ بالا مقاصد کو مد نظر رکھ کر علاج حتی الامکان فی الفور شروع کرنا چاہئے۔ علاج کے کارآمد طریقے دو کرو ہوں میں تقسیم کئے جاسکتے ہیں: - عمومی، یعنی صحت کا ہی علاج، تبدیل آب و ہوا کے ساتھ یا اس کے بغیر۔ نوعی (specific)، یعنی ٹیوبرکیولین کا علاج

مصنوعی استرواح الصدر (artificial pneumothorax) اور سانوکرائسین (sanoecrysin)۔ علامتی علاج (symptomatic treatment) بھی حسب ضرورت عمل میں لانا چاہئے۔

صحت کا اعلیٰ علاج (sanatorium treatment) صحت کا ہی علاج کا اولین مقصد یہ ہے کہ مریضوں کو مرض کے متعلق کافی معلومات حاصل کرانے جائیں تاکہ وہ اپنی باقی زندگیوں میں ایسے حالات کے تحت بسر کر سکیں جو شفا کے لئے سازگار ہوں۔ دوسرا مقصد یہ ہے کہ کم از کم تین مہینوں کے عرصہ کے لئے جسے اس سے بہت زیادہ طویل ہونا چاہئے، ایسے حالات بہم پہنچا دئے جائیں جو ان کی شفا یابی کی ابتدا کرنے میں مدد ہوں۔ مریضوں کو حد سے زیادہ گرم نہ رکھنا چاہئے، کیونکہ سردی متحول (metabolism) میں پیچھے پھنپاتی ہے۔ وہ علاؤن بھرا اور رات بھر کھلی ہو میں رہتے ہیں کسی کھلے مقام پر یا ہوا اور مینہ سے بچانے والے محفوظ مقامات (shelters) میں سونے کے کمرے اور دن کے کمرے کا مل طور پر ترویج یافتہ ہوں اور یہ کمرے ایسے بنے ہوئے ہوں کہ گرد و غبار کے اجتماع کو روکیں۔ مریضوں کو عمدہ غذا دی جاتی ہے، یعنی روزانہ سادہ مگر مختلف قسم کے تین کھانے دئے جاتے ہیں اور کھانے کے بعد کچی ہوئی غذا کو تول کر اس امر کی احتیاط مار کھی جاتی ہے کہ وہ غذائی کافی مقدار کھائیں۔ ورزش کی اجازت صرف اسی وقت دی جاتی ہے جب کہ صبح کی تپش طبی درجہ پر اور شام کی تپش (مستقیم) ۹۹.۵ سے اوپر نہ ہو۔ ورزش تپش کو غالباً کچھ عرصہ کے لئے بڑھا دیگی۔ اگر تپش ایک گھنٹہ کے آرام کے بعد طبی درجہ پر نہ گر جائے تو ورزش موقوف کر دینی چاہئے۔ مریض آہستہ چلنا شروع کرتا ہے اور پھر ورزش کی مقدار بتدریج بڑھائی جاتی ہے۔ بہر حال وہ کھانا کھانے سے ایک گھنٹہ پہلے اور ایک گھنٹہ بعد تک آرام لیتا ہے۔ اور آہستہ سے تند ورزش اور ہيجان پیدا کرنے والے کھیلوں یا تفریحات کی ممانعت ہے۔ مریض کا لباس ہوا کی تپش کے مطابق ہونا چاہئے۔ اس نظام کے مطابق علاج کرنے سے بہت سے مریضوں کو عارضی طور پر فائدہ پہنچا ہے، لیکن اس پر تین ماہ کے عرصہ دھس کے لئے وہ بعض اوقات تجویز کیا جاتا ہے) سے بہت زیادہ مدت تک عمل پیرا ہونا چاہئے۔



واقعہ یہ ہے کہ غربا کی جماعت کے مریضوں کے با احتیاطاً منضبط کردہ نتائج کے ایک سلسلہ سے ظاہر ہوا ہے کہ تین ماہ کا صحت گماہی علاج بالکل فائدہ بخش نہ ہوا، غالباً اس وجہ سے کہ مریض اپنے طبعی ماحول میں دماغی اور جسمانی طور پر مداعتِ مرض کے لئے کم و بیش متوافق ہو گیا تھا، لیکن صحت گماہ میں کچھ عرصہ ٹہرنے کے بعد اس کا یہ توافق زائل ہو گیا، اور جب وہ اپنے معمولی ماحول اور کام پر واپس گیا تو پھر یہ توافق اُسے دوبارہ حاصل نہ ہوا (Ward)۔ اس کے ساتھ ہی یہ بھی ہے کہ صحت گماہ میں چند روز قیام یوں بھی مفید ہو گا کہ مریض اپنے علاج کے اصول سیکھ جائے گا، تاکہ وہ خود اپنے گھر پر جہاں تک حالات اجازت دیں اُن پر عمل پیرا ہو سکے۔ بالخصوص آرام، ترویج، تساق کے جمع کرنے اور تلف کرنے، اور مغذی غذا کی افراط پر زور دینا چاہئے، اور مریضوں کو اپنی پیش لینا سیکھنا اور جب تک تپش ٹریسی ہوئی ہو بستر پر آرام لینا چاہئے۔ اس لہذا سے تدریجی دو خانے (dispensaries) مفید ہیں۔

173

صحت گماہ کی ایک ترقی یافتہ صورت تدریجی نوآبادی (colony) ہے، جہاں مریض موہ اپنے خاندان کے کم و بیش مستقل طور پر اضلاع میں موافق حالات کے تحت رہ سکتے ہیں، اور کوئی ایسا پیشہ انجام دے سکتے ہیں جو ایک حد تک اُنکے علاج کے مصارف پورا کر دیتا ہے (31)۔

تبدیل آب و ہوا۔ عموماً جو مقامات منتخب کئے جاتے ہیں وہ جسنوئی آفریقہ، نیوزیلینڈ، سوئٹزرلینڈ یا ٹاترا (Tatra) کی بلندیاں، ڈیوا اس (Davos)، مانتانا (Montana) اور ملو جا (Maloja) جیسے مقامات پر ہیں یا انگلستان کا مشرقی ساحل جو ایک پہاڑی مقام کے غلیات اثرات، کہ جس کی فضا میں نسبتہ پست آکسیجن دباؤ ہوتا ہے، عدیم المثال ہوتے ہیں (55)، اور جو کچھ بھی فائدہ ہوتا ہے یقیناً انہی کی طرف منسوب کیا جاسکتا ہے، خصوصاً خون آفریں اعضا پر ایک تہیجی اثر، جس سے کثرتِ غلیاتِ احمر اور خون میں ہیموگلوبن کی زیادتی واقع ہوتی ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 5)۔ بااوقات طویل المدت سکونت کی ضرورت ہے اور کسی درمیانی مقام مثلاً بال (Bâle) پر کچھ وقت پہلے گزار لینا زیادہ محفوظ ہے۔ مریض کو ان میں سے کسی ایک مقام پر خشک، سرد اور تقویت بخش ہوا

مل سکتی ہے، جس سے وہ بلا سوزی لگ جانے کے خطرے کے روزانہ کئی لمبھٹوں تک گھر سے باہر بکر لطف اندوز ہو سکتا ہے۔ اور سارا موسم سرما اس سردی مطلوبیت اور کھڑے محفوظ رہ کر صرف کر سکتا ہے جو کہ انگلستان کے بیشتر حصہ میں اس موسم میں ہوتی ہے اور گرما میں اپنے گھر واپس آ سکتا ہے، جب کہ موسم زیادہ قابل برداشت ہوتا ہے۔ سرما کی آمد کے ساتھ اسے پھر وہی آب و ہوا تلاش کرنی چاہئے جسے وہ موافق پا چکا ہے۔ سل ریوی کے ان مریضوں کے لئے، جنہیں ثانوی ششی التهاب کی سرایت ہو، ایک خشک آب و ہوا بالخصوص مرغوب ہے۔ زیادہ ترقی یافتہ اصابتوں میں ممکن ہے کہ نسبتاً کم شدید آب و ہوائیں (milder climates) فائدہ مند ہوں جیسے کہ ریویرا (Riviera) کی یا انگلستان کے جنوبی ساحل کی غسل آفتابی (sun-bathing) یا علاج شمسی (heliotherapy) یا ماورائے بنفشی روشنی (ultra-violet light) سے علاج، جیسا کہ جراحی مدرن میں عمل میں لایا جاتا ہے، بالعموم قرین مصلحت نہیں ہوتا کیونکہ ششوں کے امتلاء کے باعث نفث الدم ہونے کا امکان ہے۔ سوئزر لینڈ میں تو یہی تجربہ ہوا ہے، تاہم ممکن ہے اس ملک میں لوگ اسے بہتر برداشت کریں۔ یہ علاج نہایت آہستہ آہستہ شروع کرنا چاہئے اور جراح سے شروع کر کے متکثف سطح کو بتدریج بڑھا دینا چاہئے۔ حرقت الشمس (sun-burn) سے بچاؤ کرنا چاہئے۔ مقصود یہ ہو کہ احمرار (erythema) یعنی جلد کی سرخی پیدا ہو جائے، جس کے بعد لونیت (pigmentation) پیدا ہو جاتی ہے۔ جہاں مرض فاعل ہو، اور محنت کرنے پر تخفیف بخار، نفث الدم، وغیرہ ہوں وہاں علاج شمسی کا استعمال نہیں کرنا چاہئے (32)۔

ٹیوبیرکیولین کا علاج (tuberculin treatment)۔ اس سے یہ مقصود ہوتا ہے کہ اجسام واقفہ (anti-bodies) پیدا کر کے جسم کو تدریجی سرایت سے مناعت یافتہ کر لیا جائے۔ شاید کلخ کی جدید ٹیوبیرکیولین (Koch's new tuberculin) یا ٹی۔ آر۔ (T. R.) (tuberculin Ruckstand) جو ہونف کوہ (trituated) انسانی عینوں کا ایک مستحلب ہے، نہایت عام طور پر استعمال ہے۔ اس کی مقدار خوراک کے متعلق موجودہ دستور یہ ہے کہ اسے اس نقطہ سے

فرد اسی کم رکھا جائے جس پر تعامل حاصل ہوتا ہے۔ اسے زیر حموی اصابتوں میں استعمال کرنا چاہئے، اور تعامل کی شناخت کی غرض سے پورے دوران علاج میں پیش یہ احتیاط دیکھنی چاہئے۔ ابتداءً ایک نہایت تھوڑی خوراک دینے میں نسبتاً کوئی خطرہ نہیں، مثلاً خواہ کوئی بھی تجویز استعمال کی جائے اس کے ۱۰۰ و مکعب ملی میٹر، پھر تین یا چار دنوں میں اس سے دہنی مقدار یعنی ۲۰۰ مکعب ملی میٹر، پھر اتنے ہی عرصہ کے بعد اس سے دہنی مقدار یعنی ۴۰۰ مکعب ملی میٹر، اور پھر اتنے ہی وقفوں سے، یا ہفتے میں دو بار اسی طرح بڑھتی ہوئی مقدار یہاں تک کہ ایک خفیف، مٹامی یا عمومی تعامل، شاید سے میں آئے، یعنی مقام اشتراک پر قدرے دباؤ، یا بخا، و دوسرے کمندی، وغیرہ۔ یہ علامات عموماً چوبیس گھنٹے میں واقع ہو کر تقریباً اتنے ہی عرصہ میں رفع ہو جاتے ہیں۔ پھر تین یا چار دن کے بعد آخری خوراک مکرر دینا چاہئے، جب کہ تعامل، اگر وہ واقع ہو تو کم ہوگا، اور جلد ہی یہی خوراک کوئی تعامل پیدا کرنے میں بالکل ناکام رہے گی۔ اس کے بعد سمجھیں کہ اس مقدار کا تحمل (tolerance) پیدا ہو گیا ہے اب ہر نصف ہفتے کے وقفے سے نسبتاً بہت تھوڑے اضافوں کے ساتھ مقدار خوراک کو بڑھانا چاہئے یہاں تک کہ ایک تعامل واقع ہو جائے، اور علیٰ ہذا القیاس اسی طرح بڑھاتے رہنا چاہئے۔ اس علاج کی مدت چھ ماہ سے اٹھارہ ماہ یا دو سال تک کی ہے۔ برانیک (Beranek) کی بنائی ہوئی ایک ٹیوبریوٹین کا درون جلدی راہ سے اشتراک کیا جاتا ہے۔ عضلات درنیہ کے عمومی غلاف کو غلطہ کر کے بنائی ہوئی ایک جدرین کے استعمال کے کچھ نتائج شایع ہوئے ہیں (34)۔

مصنوعی استرواح الصلا (artificial pneumothorax) یہ

علاج ۱۸۲۱ء میں کارسن (Carson) باشندہ لورپول (Liverpool) نے بیان کیا لیکن یہ محض گذشتہ چند سالوں کے عرصہ میں ہی وسیع طور پر اختیار کیا گیا ہے۔ پیچھرو کے تدرن کے اندمال کو روکنے والا ایک سبب یہ ہو کہ یہ بافت سینہ کے اندر متغی دباؤ سے پسلی ہوئی رہتی ہے، اور جو کوئی کہنے میں جاتے ہیں وہ بند نہیں ہو سکتے۔

اگر کہف صدر کے اندر ہوا کا اشرا ب کیا جائے تو پھیپھڑاؤ ب کر پچک جائے گا، نیز یہ ممٹلی ہو جائے گا جس سے اندام کو مدد پہنچتی ہے (65)۔

یہ عملیہ اُن اصابتوں میں خاص کر موزوں ہوتا ہے جن میں ایک شش تو وسیع طور پر مرض زدہ ہو اور دوسرا نسبتاً تندرست۔ گذشتہ زمانہ میں یہ بالخصوص ترقی یافتہ اصابتوں کے لئے کام میں لایا جاتا تھا، لیکن موجودہ رجحان اسے زیادہ وسیع طور پر استعمال کرنے کا ہے، فی الحقیقت یک جانبی مرض کی ہر اصابت کے لئے جس میں مدنی عمل پھیل رہا ہو۔ اعداد و شمار کی شہادت موجود ہے کہ یہ علاج مفید ہوتا ہے (Saugman)۔ نفث الدم، نزف والی جانب پر فوری استرواح الصدر عمل لانے کا خاص داعیہ ہے۔ اس علاج کو صفحہ ۶ میں واضح کیا گیا ہے۔

آلہ دراصل ایک مہزل اور قنولچہ (trocar and cannula) پر مشتمل ہوتا ہے جو اولاً ایک آبی فشار پیم (water manometer) سے اور ثانیاً ایک ہوا بھرے ہوئے آخذ (receiver) سے ملحق ہوتا ہے تاکہ ہوا کی ایک نپی ہوئی مقدار سینہ کے اندر داخل کی جاسکے۔ جلد اور عمیق تریاقتیں ۵۔۷ فی صدی نوکین (novocaine) سے عذیم الحس کر لی جاتی ہیں۔ کچھ کا یا تو براہ راست یا جلد کے آر پار ایک خفیف سا شکاف دے کر لگایا جاتا ہے۔ اور یہ امر کہ سوئی کہف پلیئوراکے اندر ہے فشار پیم کے سیال کے اہتمزازات سے شناخت ہو جاتا ہے، اور بلاشبہ یہ سیال ایک متنی دباؤ ظاہر کرتا ہے۔ یہ اہتمزازات پانی کے ۳ تا ۶ کعب سینٹی میٹر ہونے چاہئیں۔ اور اگر اہتمزازات ۱ یا ۲ cms. سے زائد نہ ہوں تو سوئی غالباً کہف پلیئوراکے اندر نہیں ہے۔ جب اس کا یقین ہو جائے کہ سوئی کہف پلیئوراکے اندر ہے تو ۱۰۔۳۰ سی سی تا ۵۰ سی سی کے برابر یا فشار پیم کے نقطہ صفر کے قریب قریب اہتمزاز کرنے تک، اندر داخل کر دی جاتی ہے۔ ایک ہفتہ کے بعد اور ہوا کا اشرا ب کیا جاسکتا ہے۔

ہوا کی مکرر بھرتی (refills) اس گیس کے جذب کے لحاظ سے ۵۰ تا ۸۰ سی سی کی مقداروں میں اور ابتدائے ہفتہ وار یا پندرہ روزہ وقفوں سے ہونی چاہئے اگرچہ بعد میں زیادہ طویل وقفے دئے جاسکتے ہیں، کیونکہ جذب نسبتاً کم ہوگا۔ اسے تین سال یا زائد عرصہ تک جاری رکھنا چاہئے۔ آخری دباؤ پانی کے ۱۰۔۱۵ اینٹی میٹر سے

کبھی زائد ہونا چاہئے۔ زمانہ ماضی میں خاص حادثہ ہوا کی سد اوہیت (embolism) کے باعث ہوا ہے۔ لیکن اگر سوئی فی الحقیقت پلیورائی کہنے کے اندر ہو تو یہ کبھی واقع نہیں ہو سکتا، اور یہی مقصد فشارِ ہوا کے رکھنے کا ہے۔ بالکل شاذ اصابوں میں ناگوار اثرات، یعنی بھر اور اختلاجات، شوب، بلکہ بعض اوقات بے ہوشی بھی مشاہدہ میں آتے ہیں جو پلیورائی معکوسہ (pleural reflex) سے منسوب کئے جاتے ہیں۔ بعض اوقات واسطہ (mediastinum) کمزور ہوتا ہے اور باسانی مقابل جانب کی طرف ہٹ جاتا ہے۔ اس میں ممکن ہے کہ بے آرامی اور بھر ہو جائے۔ یہ حالت لاشعاعوں سے باسانی شناخت کی جاسکتی ہے، اور یہاں اس امر پر زور دینا چاہئے کہ علاج سے پہلے اور شروع سے آخر تک ہر اصاب کو لاشعاعی پردے پر عکس ڈال کر دیکھنا (screening) ضروری ہے۔ بعض اوقات پلیورائٹ اندر مت جانب کو غبار کی یافتہ ہو جاتا ہے (balooning of the pleura) لیکن اگر ایسا بلا کسی علامات کے ہو تو کوئی مضائقہ نہیں۔ تقریباً آدھے مریضوں میں علاج کے دوران میں ایک صاف انصباب منویاب ہو جاتا ہے۔ جب یہ نمودار ہو جائے تو یہ علاج کم فاعلی ہونا چاہئے، کیونکہ پلیورائٹ الہتاب موجود ہے۔ تاوقتیکہ تیش بلند نہ ہو اس سیال کو نکالنے کی ضرورت نہیں، اور اگر نکالا جائے تو اس کی جگہ گیس بھر دینا چاہئے۔ استرواح الصدري علاج کی ایک توسیع جو بالکل ابتدائی اصابوں کے لئے موزوں ہے، یہ ہے کہ کہنے پلیورائٹ کے اندر ہوا کا ایک خفیف حجم داخل کر دیا جائے، جو شش کے درختہ حصے کے گرد مجتمع پایا جاتا ہے اور ایک جزئی ہبوط پیدا کر دیتا ہے درآسٹھالیکہ تندرست حصہ پھیلا ہوا رہتا ہے۔ جزئی استرواح الصدر دو جانبوں پر پیدا کیا جاسکتا ہے۔ لیکن ہوا کی کمر بھرتی (refills) بار بار عمل میں لانا چاہئے (35)۔ جب متواتر ہوا بھرنے کے باوجود استرواح الصدر مسدود ہو جائے کارجمان رکھے، یا جب ایک تدریجی تھقی الصدر (tuberculous empyema) پیدا ہو جائے تو یہ تزئیت الصدر (oleo-thorax) عمل میں لانے کے داعیات ہیں (ملاحظہ ہو صفحہ 137)۔

جب مکمل ایک جانبی استرواح الصدر کامیابی کے ساتھ انجام دے دیا گیا ہے تو، ۷۰ فی صدی مریض کام پر واپس جانے میں کامیاب ہو گئے ہیں، لیکن اس

علاج میں خاص وقت 'انضمامات' (adhesions) کی موجودگی ہے جو بہبوط واقع ہونے میں مزاحم ہوتے ہیں اور اس صورت میں صرف ۳۳ فی صدی کامیابیاں ہوتی ہیں۔ تاوقتیکہ انثراب عمل میں لانے کی کوشش نہ کی جائے انضمامات کو تشخیص کرنا ناممکن ہوتا ہے۔ بعض اوقات متواتر بھرتنیوں (refills) کے بعد وہ خود بخود ٹوٹ جائیں گے۔ لیکن جب ایسا نہ ہو تو ان کو قطع کر دینے کی کوششیں عمل میں لانی پڑتی ہیں۔ ان کا تعین مقام ایک صدیر بین (thoracoscope) داخل کر کے کیا جاتا ہے اور پھر ان کو کٹی کر دیا جاتا ہے۔ بد قسمتی سے اس قسم کے عملیہ کی کارروائی تدری تہیج الصدیر پیدا کر دینے کا رجحان رکھتی ہے تاوقتیکہ انصافی بند کو ٹھیک محیط پر نہ قطع کیا جائے۔ حال ہی میں کئی نئی قسم کے آلات بیان کئے گئے ہیں (56'57)۔

175

حال ہی میں دو دوسرے عملیے یعنی سینہ پیوندی (thoracoplasty) اور قلع عصب ڈایا فراہمی (phrenic avulsion) کامیابی کے ساتھ عمل میں لائے گئے ہیں۔ سینہ پیوندی (thoracoplasty) میں پسلیوں کے پچھلے حصے، زاویوں کے ذرا سامنے کے مقام سے لے کر فقرات کے مستعرض زائدوں سے جھکد رکھن ہو اسقدر قریب تک۔ بروں پلیورائی طور پر (extra-pleurally) نکال دئے جاتے ہیں۔ کامل سینہ پیوندی میں پہلی سے دسویں پہلی تک سب پسلیوں کے حصے نکال دئے جاتے ہیں لیکن ان اصابتوں میں جن میں مرض زیریں لختہ میں محدود ہو بالائی پسلیوں میں سے چند پسلیاں سالم چھوڑ دی جاتی ہیں۔ ہلکی اینتھری عدم حسیت (light ether anaesthesia) کو ترجیح دینی چاہئے۔ اس عملیہ کے بعد پینتالیس فی صدی مریض کام کے قابل ہو گئے ہیں ((36)) (قلع عصب، ڈایا فراہمی) (phrenic avulsion) میں گردن کے ایک شکاف کی راہ سے ایک جانب کا فرینک عصب اس کی ڈائفرام کی چسپیدگی کے مقام سے اوپر کھینچ لیا جاتا ہے جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ اس جانب کا ڈائفرام اوپر اٹھ آتا اور مشدق ہو جاتا ہے۔ یہ عملیہ مصنوعی اترواح الصدیر یا سینہ پیوندی فی معیت میں یا قاعدی سہل (basal phthisis) میں یا کھانسی کو روکنے کے لئے (جب وہ ششوں انضمام ڈائفرام کے ساتھ ہو جانے کی وجہ سے ہو) عمل میں لایا جاسکتا ہے (37)۔

سینوکراٹسین (sanoerysin) جو سونے اور سوڈیم کا ایک تھیمو ٹلفیٹ (thiosulphate of gold and sodium) ہے، اُن مریضوں کی حالت میں استعمال کی جاسکتی ہے، جنہوں نے دوسری قسموں کے علاج کی اچھی نتیجہ دینے کا ظاہر کی ہو۔ دعویٰ کیا گیا ہے کہ یہ جسم میں عصیانیت در نہ پر ایک راست متلف اثر رکھتی ہے۔ یہ عقیقہ ایسپولوں (ampoules) میں تقسیم شدہ موتی سے، جن میں ۰.۱ تا ۱ گرام کی وزن کردہ مقداریں ہوتی ہیں، استعمال سے فی الفور چہنے اس کی فلیس عقیقہ آپ کشیدہ میں حل کر کے ایک ۱۰ فی صدی محلول بنالیا جاتا ہے۔ اس محلول کا دریدہ راہ سے اثر اب کیا جاتا ہے، جس میں اس امر کی احتیاط رکھی جاتی ہے کہ سموت البجلدی بافت کے اندر تراوش (leakage) نہ ہونے پائے، بہاں وہ خراش اور اثر رکھتا ہے۔ مقدار خوراک کا تعین مریض کے جسم کے وزن اور عقیقہ میں کے البتہابی تغیر کی نوعیت کے لحاظ سے کرنا چاہئے۔ اُن اصابتوں میں جن میں مرض مزمن ہو گیا ہو، اور ضررات یعنی ساخت سے محصور ہوں، ایک بڑی خوراک دی جاسکتی ہے۔ لیکن مادہ اصابتوں میں جن میں مرض کی توسیع حال ہی میں ہوئی ہو، ایک نسبت بہت کم خوراک دینی چاہئے۔ علاج شروع کرنے سے پہلے اور دوران علاج میں روزانہ فارورہ کا امتحان البیومن کیلئے کرنا چاہئے اور تا وقتیکہ فارورہ اڑتالیس گھنٹے تک البیومن سے معرا نہ دو، اس کی خوراک نہ دینی چاہئے۔ مریض کے وزن اور ضررات کی نوعیت کے لحاظ سے ابتدائی مقدار خوراک ۰.۱ تا ۰.۵ گرام ہوگی۔ مگر یہ کہ تعامل ارتفاع حرارت، قے، اسہال، یا جلد پر ثورانی طحاشات (exanthematous rashes) کی صورت میں ظاہر ہو۔ ہوں ہی کہ تعامل رفع ہو جائے، یا اگر کوئی تعامل نہ ہو تو اڑتالیس گھنٹے کے بعد دوسری خوراک دی جاتی ہے، جو پہلی کے نسبت ۰.۵ فی صدی زائد ہوتی ہے۔ اس کے بعد ہر ساتویں دن ایک مزید خوراک دی جاتی ہے، جس کی مقدار اگر مریض اس کی برداشت کر سکے تو ایک گرام تک بڑھا دیا جاتی ہے۔ ایک ۱۰ اسٹون (stone) وزن والے مریض کے لئے اس نصاب کے لئے مجموعی مقدار ۵ تا ۱۰ گرام ہوتی ہے، اور اس سے ہلکے مریضوں کے لئے اسی تناسب سے کم مقدار دی جاتی ہے۔

علاماتی علاج - صحت گاہ میں دوران علاج میں دواؤں سے حتی الامکان احتراز کیا جاتا ہے اور عموماً پایا جاتا ہے کہ مریض کی حالت میں بہتری ہونے کے ساتھ ساتھ علامات غائب ہو جاتے ہیں۔ تمام اصابتوں میں یہ ضروری ہے کہ مستعملہ دواؤں سے ماضیہ میں خلل نہ واقع ہونے دیا جائے۔

کھانسی - کھلی ہوا والے علاج میں ہمیشہ کھانسی میں سریع تعلیل مشاہدہ ہوتی ہے۔ حتی الامکان مریض کو کھانسی کو روکنا چاہئے۔ اگر کھانسی ہونے سے پہلے نطق میں گدگدائی محسوس ہو تو لسانی لوزہ (lingual tonsil) پر آیوڈین کی تصنیغ کرنا مفید ہو سکتا ہے۔ ورنہ کھانسی کا علاج اُسی طرح کرنا چاہئے جیسا کہ شعبی التهاب (bronchitis) کے عنوان کے تحت بیان کیا گیا ہے۔

شب عرقی (night sweating) - لیاکرا نیروپین سلف (liquor atropinae sulph.) کا ایک قطرہ قدرے پانی کے ساتھ شب کو دینے سے یا اکاڈ آف زنک (oxide of zinc) ۲ یا ۳ گرین گولی کی صورت میں، ۱/۲ گرین ایکٹریکٹ آف بیلاڈونا (extract of belladonna) کے ساتھ دینے سے عموماً روکے جاسکتے ہیں۔ آرسی نیٹ آف آئرن (arsenate of iron) (۱/۲ گرین) یا پیروٹامین (pyroteamine) (۱/۲ گرین) یا ٹیکچر آف نکس امیکا (tincture of nux vomica) بھی استعمال کئے جاسکتے ہیں۔ شب عرقی کے عموماً یہ معنی ہیں کہ رات کے وقت بے حاکم لباس استعمال کیا گیا ہے، یا مریض کی ذاتی تعلیم (auto-inoculation) خود اس لئے سیات سے شدت ہو گئی ہے، شلاً حد سے زائد ورزش سے اور اس سے طیب کی اُس نگہداشت پر جو اس نے مریض کے متعلق کی ہے الزام وارد ہوتا ہے۔

نفث الذمیر - مریض کو بستر میں نیم اضطجاعی وضع (semi-recumbent posture) میں رکھنا چاہئے، لیکن جب وہ چاہے اسے اپنی وضع بدلنے کی اجازت دینی چاہئے۔ سب سے زیادہ کارگر قابض الدم (haemostatic) کیلیم کلورائیڈ کے دوائی صدی غلول کے ۲۰ سی سی کا آہستہ سے دروں وریڈی اشرب ہے۔ ایک سادہ ترکیب یہ ہے کہ دناہ اگرام سوڈیم کلورائیڈ کے براہ وین دئے جائیں۔



اگر مریض مضطرب ہو تو اس کے بجلے سوڈیم برومائڈ دیا جاسکتا ہے۔ اکثر امانل نائٹرائٹ (amyl nitrite) کے چند قطروں کے استنشاق کے بعد ادواء موقوف ہو جاتا ہے۔ نفث الدم کی بعض خطرناک اصابتوں میں استرواج الصد کا امانل کامیاب ثابت ہوا ہے۔ جب ادواء خفیف اور مسلسل ہو تو ایمیسٹین (emetine) کے تحت الجلدی اثرات کامیاب ثابت ہوئے ہیں (Flandin)۔ علاج کاروائی طریقہ یہ ہے کہ برف کی تھیلی سینہ پر رکھ کر مار فیا کا شراب کر دیا جاتا ہے۔ لیکن اس میں یہ نقصان ہے کہ خون پھیپھڑوں کے اندر کا ہوا (stagnant) رہتا ہے اور اس طرح قدرتی عمل کی ایک حادثہ تسبیح پیدا کرنے میں ممد ہوتا ہے۔ یہ پایا گیا ہے کہ نفث الدم کا وقوع بڑی حد تک مریض کی نقل و حرکت سے بے تعلق ہوتا ہے (38)۔

اسمعال۔ اس کے لئے ہمیں احتیاط کے ساتھ غذا کی باقاعدگی عمل میں لانا اور نباتی حابسات (vegetable astringents) 'معدنی ترشوں (mineral acids) 'آئینوں' 'چم گرین کی خوراکیوں میں سلفیٹ آف کاپر (sulphate of copper) کا یا کاربونیٹ آف بسمتھ (carbonate of bismuth) کا استعمال کرنا چاہئے۔ پلیورائی التهاب کے درد (pleuritic pains) کثیر الوقوع ہیں اور اکثر ان میں اینٹی فلاجسٹین (antiphlogistine) یا تھرموجن (thermogen wool) سے یا سطح سینہ پر کچھ آف ایوڈین کی تصبیغ کر دینے سے تخفیف ہو جاتی ہے۔ مسکنات (anodynes) کے داخلی استعمال کی ضرورت ہو سکتی ہے۔ بہتوں کا یقین ہے کہ پلیورائی التهاب کا انصباب (pleuritic effusion) تناظرشش میں مرض کی ترقی میں تاخیر کر دیتا ہے، اور تا وقتیکہ دباؤ انتہائی درجہ کا نہ ہو جائے وہ بزل (tapping) عمل میں نہیں لاتے۔ جس نتیجہ الصدر میں شفرنج (evacuation) کی ضرورت ہو اس کا امتصاص (aspiration) عمل میں لانا چاہئے۔

وافر نفث۔ اس حالت کا علاج عفونت کش استنشاق (antiseptic inhalation) اور منتفحات سے اسی طرح کرنا چاہئے جیسا کہ شعبی التهاب کے تحت بیان کیا گیا ہے۔ سرکونیچہ اور پیروں کو اٹھا ہوا رکھ کر ٹیلیٹ (drainage)

عمل میں لانا مفید ہو سکتا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ ۱۳۷)۔

## آتشک شش

علاوہ شعبات کے تقرحات کے اور ان سے پیدا ہو جانے والے صلیق (stenosis) کے جو آتشک کے باعث ہونا ظاہر ہو چکے ہیں، اور جو شعبہ بینی (bronchoscopy) کے ذریعہ تشخیص کئے جاسکتے ہیں (۶۴) "خود شش کی بافت اس مرض کے اثرات مختلف شکلوں میں ظاہر کر سکتی ہے۔ ایک شکل معمولی صمغیہ (gumma) کی ہے، جو بانوں میں نہایت سفاذ ہے، اگرچہ شیرخواروں میں زیادہ عام ہوتی ہے، اور کوئی قابل شناخت سریریاتی علامات نہیں پیدا کرتی۔ دوسری شکل آتشکی شیرخواروں کی نام نہاد ذات الریدہ ابیض (white pneumonia) ہے۔ اس میں پھیپھڑے بڑے، پیدہ کثیف اور سخت ہو جاتے ہیں۔ ان کی تراشش چکنی اور غیر شفاف ہوتی ہے، بعض اوقات وہ مزاحم (resistant) ہوتے ہیں، اور بعض اوقات آسانی ٹوٹ جاتے ہیں۔ خردین شش کا منتشر خلوی التهاب اور ساتھ ہی جو فیزی دیواروں کی دبازت اور یوی سرطہ کا تقشر (desquamation) اور شحمی اسخراط ظاہر کرتی ہے۔ ممکن ہے کہ یہ حالت پورے شش کو ماؤف کر دے، یا ایک حصہ یکساں طور پر متغیر ہو جائے، اور دوسرے میں محض انفرادی (isolated) رتجے موجود ہوں۔ ایک دوسری قسم میں جو فیزیوں میں کعب سرطہ کا استر ہوتا ہے، اور تو صیلی بافت کی جگہ یعنی ہیکل (fibrous stroma) لے لیتا ہے، جو کعب جو فیزی سرطہ کے خلیات سے در رینختہ ہوتا ہے۔ ان اصابتوں میں پچ موئے (spirochaetes) پائے گئے ہیں۔ چونکہ یہ ضررات بالخصوص مردہ مولود بچوں (still-born children) میں ہی پائے جاتے ہیں، لہذا ان کی کوئی سریریاتی اہمیت نہیں۔

## خرابش اور گیسوں سے سم

زہریلی گیسوں کو بن کو پہلے پہل جرمنوں نے ۱۹۱۵ء میں جنگ میں استعمال کیا تھا، مندرجہ ذیل تھیں :- (۱) اختصاص آفریں - ان گیسوں کا تعلق بالخصوص شش کے جو فیوزوں پر جو کر حادثاً آویزا، عروق شعریہ کی علقیت اور شش کی نفاخ (disruptive emphysema) پیدا ہو جاتا تھا۔ شغلیاب ہو جانے والے مریضوں میں آویزائی سیال چند روز میں غائب ہو جاتا تھا، لیکن ششی التهاب اور ششی ذات الریہ اکثر پیدا ہو جاتا تھا، اور نفاخ جاری رہتا - (۲) شک سرینز گیسوں - یہ بھی گولوں میں استعمال کی جاتی تھیں، مثلاً زائلال برومائیڈ (xylol bromide) اور کلوروپکیرن (chloropicrin) - (۳) رائی کی گیس (mustard gas) - (یہ درحقیقت ایک روغنی مائع ہے، جو زمین پر یا کپڑوں پر چھڑکی جاتی ہے، اور آہستہ آہستہ بخار بن کر اُڑ جاتی ہے) - چند گھنٹوں تک رائی کی ایک خفیف سی بو کے سوائے عموماً اور کچھ نہیں محسوس ہوتا تھا۔ پھر شدید التهاب لمحمہ (conjunctivitis) شراسینی درد اور اس کے ساتھ قے، جلد کا وسیع پھیلا ہوا اہمرار (erythema) اور اس کے ساتھ انفاط (vesication) ہو کر شدید حرقات پیدا ہو جاتے تھے، نیز، تنفسی خطے کی غشائی غماطی کا التهاب نمویاب ہو جاتا تھا، جس سے نہایت خطرناک علامات پیدا ہو جاتے تھے، تمام سطح متقرح ہو کر ایک فائبرینی جھلی سے ڈھک جاتی تھی، اور شامی طور پر سرایت زدہ ہو جاتی تھی، اور اگر موت فی الفوواقع نہوتی تھی تو ششی ذات الریہ نمودار ہو جاتا تھا۔

ما بعد اثرات - گیس سے سموم شدہ بہت سے مریضوں میں جہدی علامتیہ ("effort syndrome") (آگے ملاحظہ ہو) نمویاب ہو جاتا ہے۔ علامات ذیل مشاہدے میں آئے ہیں :- شفت کرنے باز در لگانے پر بنش کا پھول جانا، دلچہ، موالب کھانسی مہدہ، ساق کے (۴) سینہ کے واریاں دویانگی (۲۵) اختلاج اور کبھی کبھی چکر آنا (۱۴) صبح گاہی قے، یا متلی (۱۲) درد سر (۹) ضعف لاعتنا

۱۷۷ - قوسین کے اندر جو اردو اعداد درج کئے گئے ہیں وہ آکسفورڈ قیس میں دفعہ ۲۲۵۲۲۵۲۱۱ میں علامات کافی صدی حدوث ظاہر کرتے ہیں۔

کے علامات (۷) آنکھوں کا دکھنا (۵)۔ مگن ہے کہ خون سرخ غلیات کی کثرت (polycythæmia) ظاہر کرے۔ اس تعلق میں ہالڈین (Haldane) میکینس (Meakins) اور پریسٹلی (Priestley) نے مشاہدہ کیا ہے کہ بعض اوقات ان مریضوں میں گہرے تنفس کی قوت باقی رہتی ہے، اور یہ ورزش کے بعد صرف سرخی اٹھتے تنفس لے سکتے ہیں۔ ان مشاہدین کا یقین ہے کہ یہ مریض عمیق تر جو فیروں کی ناقص ترویج کی وجہ سے جس سے ان حصوں میں سے آنے والا خون نامکمل طور پر ہوا زدہ ہوتا ہے آکسیجن کی کمی میں مبتلا ہوتے ہیں۔ کوشک آکسیجن (oxygen chamber) میں علاج کرنے سے علامات کم و بیش مستقل طور پر رفع ہو جاتی ہیں اور سرخ غلیات کی کثرت (polycythæmia) کم ہو جاتی ہے (Hunt and Dufton)۔

رائی کی گیس کے زہر کے مختلف ریوی عواقب بیان کئے گئے ہیں جن میں بہت سے ناکس (relapsing) نوعیت کے ہوتے ہیں، یعنی شعبی الہتباب، نفاخ، دمہ، اُذیم، اور ریوی خراجات اور ”تدرن کا ذب“ (pseudo- tuberculosis) جس کے ساتھ لاغری، بخار، شعبی الہتباب، اور راسی لفظات (apical râles) ہوتے ہیں لیکن نساق میں غصیات در نہ نہیں ہوتے۔ تلیف شش (fibrosis of the lung) بھی پایا جاتا ہے۔ یہ حالتیں اس ثانوی سرایت کے باعث پیدا ہو جاتی ہیں جو گیس کی وجہ سے معزرت پہنچنے کے بعد ہو جاتی ہے۔ بالآخر یہ کہ پھیپھڑوں کے حقیقی تدرن کا علما ممکن ہے، اور یہ غالباً ان مریضوں میں ہوتا ہے جن میں یہ مرض پہلے رک گیا تھا۔

## ریوی سدا دیت و علقتیت

(PULMONARY EMBOLISM AND THROMBOSIS)

سدا دیت (embolism) اور علقتیت (thrombosis) کی نوعیت پر امر این عروق دموہ کے کباب میں بحث ہو چکی ہے، لیکن یہاں ریوی دوران خون کی ان مثال

استعدادوں کا بیان درج کرنا مناسب ہے، جن کی وجہ سے یہ اُس حادثہ میں مبتلا ہوا تھا ہے۔

شریان ریوی اور اُس کی شاخیں و اُبن بطین اور اُؤین کی وسط سے نظامی وریڈی تنون (syauami venous trunks) سے راست ارتباط رکھتی ہیں۔ اسی وجہ سے دقیق عضویوں، منہج خون کے یا کسی دوسری قسم کے ریزوں کا جو جسم یا جوارح کی ویدوں میں آزاد ہو سائیں قلب لے جائیں کہنوں میں اور وہاں ریوی شریان کے اندر منتقل ہونا لازمی ہے، جہاں وہ اپنی جسامت کے لحاظ سے اُس کی کسی بڑی یا چھوٹی شاخ سے اندر منڈر ہو جائیں گے۔ ایک بڑا پرانا ورقہ دار (laminated) تھکا بڑی شاخوں پر اسے ایک شاخ کو مسدود کر سکتا ہے۔ بعض اصابتوں میں سدا دیت ایک مٹیا علقہ (thrombus) ہوتی ہے جو ایک متوسط جسامت والی نظامی وریڈ سے تعلقا ہے اور دہرا ہو کر ٹیسند کی شکل کا بن جاتا ہے۔

ریوی سدا دیت کے نسبت ریوی علقتیت زیادہ عام ہے اور ایسے ضربات ظاہر کرنے والے پتھیز متوالی لاشوں کے امتحانات (autopsies) میں ۵۰ فی صدی میں واقع ہوتی۔ پھیپھڑوں کے تمام حصوں میں شریان ریوی کی رشت خوں میں خون کے ٹھکے پائے جاتے ہیں، اور ان ٹھکوں میں تعضیہ (organism) یا رنگ کی تریب کی ابتدا ان کی قبل الموت (ante-mortem) سکلوین کی شہادت ہم پہنچاتی ہے۔ ”ریوی سدا دیت“ یا ”ریوی علقتیت“ کی تشخیص عموماً یہ ظاہر کرتی ہے کہ ایک خطرناک ضرر موجود ہے، جو پھیپھڑوں کے اندر وسیع پھیلے ہوئے اثرات پیدا کر دیتا ہے، جس کے علامات ضروری التوجہ ہوتے ہیں اور جس سے مریتض کی زندگی فوری خطرے میں ہوتی ہے۔

ریوی سدا دیت اور ریوی علقتیت فحذی وریڈ کی علقتیت سے سدا ہو سکتی ہے، جیسی کہ تپ محرقہ، یا سل ریوی میں یا بوڑھے اشخاص میں عظم الفخذ کے ٹکڑ (fracture) میں واقع ہو جاتی ہے۔ یہ دونوں حالتیں حادثہ سرائیوں میں مشہور ذات الریہ سے اور ایسے جراحی عملیات سے بھی پیدا ہو سکتی ہیں جن میں شکم کی

سامنے کی دیوار میں شکاف دینے کی ضرورت واقع ہو (بالخصوص بوزے اشخاص میں) (39)۔ بہت سی اصابتوں میں خون کے ٹھکوں کے اندر دقیق عضویات باسے گئے ہیں۔ سدا دات (emboli) کے اثرات ان کی جہامت کے لحاظ سے مختلف ہوتے ہیں۔ اگر ریوی شریان کی بڑی شاخوں میں سے ایک شاخ سدود ہو جائے تو موت لازمی نتیجہ ہے۔ جب سدا نسبت چھوٹا ہوتا ہے تو شش کے اندر تغیرات واقع ہونے کے لئے وقت مل جاتا ہے اور بیش دمویست (hyperæmia) منشی نزفات (petechial hæmorrhages) 'آزیما' اور ہبوط (جس کے گرد نفاخ ہوتا ہے) واقع ہو جاتے ہیں۔

178

اذنی ریشکی انتیاض (auricular fibrillation) میں جو مطرانی ضیق کے ساتھ بالخصوص متلازم ہوتا ہے، اذنین کے اندر چھوٹے علاقہ جات بن سکتے ہیں (جس کی وجہ یہ ہے کہ اذنین منقبض ہونے میں ناکام رہ جاتے ہیں) اور ممکن ہے کہ دائیں جانب کے علاقہ جات پھیپھڑوں کے اندر پہنچ کر خرد تر شریٹول (arterioles) کو سدود کر کے پھیپھڑے کے اندر وہ مقامی نزفات پیدا کر دیں، جنہیں سہیوی مفعحات (pulmonary infarcts) کہتے ہیں۔ اس طرح شش کا ایک محرومی حصہ جو طولی تراش میں فائدہ نما ہوتا ہے، اور جس کا قاعدہ شش کی سطح کی طرف اور اس اندر کے طرف ہوتا ہے، ٹھوس مضبوط (firm) رنگ میں گہرا سرخ اور بے ہوا ہو جاتا ہے۔ اور خرد بین کے نیچے اس کے حویصلات ہوائیہ (air-vesicles) سرخ جسامت دمویہ سے پر نظر آتے ہیں۔ اس محروم کا قاعدہ سطح شش پر گرد ویش کی حویصلی بافت سے اوپر ابھرتا ہے، اور تھوڑے عرصہ میں ممکن ہے کہ یہ سطح ابتدائی پلیورائی التهاب کے تغیرات (early pleuritic changes) ظاہر کرنے لگے۔ یہ مفعحات لختہائے زیرین میں عام ترین ہوتے ہیں اور اکثر نیچے والی کور کو بڑی وسعت تک مآوف کر دیتے ہیں۔ ایسی صورت میں ان پر محرومی یا فائدہ نما ہونے کا بیان یہ شکل اطلاق پذیر ہوتا ہے۔ وہ قطر میں عموماً تقریباً ایک انچ ہوتے ہیں، لیکن بعض اوقات اس سے بہت زیادہ بڑی جہامت تک پہنچ جاتے ہیں۔

ان وریدی اور قلبی علقہ جات کے علاوہ دوسرے اجسام بھی سدا دات کا فعل انجام دے سکتے ہیں۔ یعنی بالید کے ذرات اور شاؤسورتوں میں ایک چھوٹا کیستی دویہ (hydatid cyst) لیکن خاصے عام طور پر رییم آفریں وقت ق عضو یہ بھی۔ جب آخر الذکر تنہا یا علقہ کے ذرات کے ساتھ نقل ہو کر کشش میں پھنچتے ہیں، تو مخروعلی مضعات جلد ہی پھوڑے بن جاتے ہیں اور ان کے ساتھ اکثر ہم پیلویافت کا شنبی ریوی التهاب ہوتا ہے، یا مصلی، مصلی قبی، یا قبی التهاب پلیورا (pleurisy)۔

ریوی عروق شریہ کی شحمر سدا دیت (fat embolism) تضرکا نتیجہ ہوتی ہے، جو چربی کو عروق کے اندر جانے دیتی ہے۔ جراحی تضررات کے سبب سے موت ہو جانے کے بعد پھیپھڑوں کے عروق شریہ میں چربی کے گلوبچے خروین سے نہایت عام طور پر نظر آتے ہیں۔

علامات۔ ریوی شریان اور اس کی بڑی شاخوں کی سدا دیت (embolism) کے علامات سدود شدہ عرق کی جہامت اور سدود کے درجہ کے لحاظ سے مختلف ہوتے ہیں۔ جب نخذی ورید سے نکلا ہوا کوئی بڑا علقہ (thrombus) شریان ریوی یا اس کی بڑی شاخوں میں سے کسی ایک کے اندر مغرور ہو جاتا ہے تو ممکن ہے کہ موت بالکل ناگہانی ہو جائے۔ ممکن ہے کہ مریض خوف زدہ ہو کر بستر سے چپک کر اٹھ بیٹھے اور پھر مردہ ہو کر ڈھیر ہو جائے، یا زراق (cyanosis) کے ساتھ چند دقیقوں کا بھر (dyspnoea) ہو یا اس کے بڑیں غشیان (syncope) یا شنج ہو۔ اگر سدود نسبتہ نامکمل ہے تو ممکن ہے کہ حالت غشیان کی ہو یا غشیان اور اس کے ساتھ اختناق (asphyxia) ہو یا اس کے ساتھ قشعر (rigors) مختلف شدت کا درو سینہ، اغتصاص (suffocation) کا احساس، اور بھر (dyspnoea) ہو جو بڑہ کر شاید تنفس چین اسٹوکس (Cheyne-Stokes' respiration) ہو جائے اور بالآخر آہستہ ہو کر موقوف ہو جائے۔ چہرے کا رنگ شامب اور کبود، دواچی وریا میں پھولی ہوئی، اور ماتھ ٹھنڈے اور چسپدار (clammy) ہوتے ہیں۔ استماع (auscultation) کرنے پر اصوات تنفس

درشت (harsh) اور مبالغہ آمیز پائے جاتے ہیں۔ علامات کا آغاز ناگہانی ہوتا ہے۔ ریوی طعیت (pulmonary thrombosis) میں علامات مائل نوعیت کے ہوتے ہیں، لیکن حملہ کا آغاز بتدریج ہوتا ہے، گو اس کا سرچ ہونا بھی ممکن ہے۔

ایک مغممہ (infarct) کے وقوع کے علامات بھی مسدود شدہ عرق کی جہالت اور علقہ (thrombus) یا مغروز شدہ ریزے کی نوعیت کے لحاظ سے مختلف ہوں گے۔ اگر وہ ایک نسبت بڑی عرق ہے، تو ممکن ہے کہ علامات متذکرہ بالا علامات سے مشابہ ہوں، مگر وہ نسبت کم شدت کے ہوں گے۔ مغممہ (infarct) کافی طور پر بڑا ہو تو سانس پھولی ہوئی (breathlessness) 'اختلاج' بلکہ قشریرہ (rigor) بھی ہو سکتا ہے۔

شش کی ساخت کے اندر خون کی وعاء بدری (extravasation) اثر اپنی موجودگی نفث الدم (haemoptysis) یعنی خون کے تھوکنے سے ظاہر کرتی ہے۔ یہ خون مقدار میں متوسط ہو سکتا ہے، یا چھوٹے جدا جدا دموی بساقات (blood sputa) میں پایا جاتا ہے یا صرف یہ ہوتا ہے کہ مخاطی بساقات خون کے رنگ کے یا زنگ آلود (rusty) ہو جاتے ہیں۔ اگر اس کے ساتھ ہی التهاب پلئورا ہو تو درپلو پیدا ہو جائیگا، اور اس واقعہ کے بعد ممکن ہے کہ کسی قدر دموی تعامل (febrile reaction) قشریرہ کے ساتھ یا اس کے بغیر ہو جائے۔ مغممہ (infarct) صرف اسی وقت جب کہ وہ بہت بڑا ہو، ایک اہمیت کا رقبہ اور اموات تنفس کا انقطاع (suppression) پیدا کر دے گا۔ لیکن کچھ تکثر (crepitation) ہونا بھی ممکن ہے۔ اگر کسی قلبی حالت میں جس میں مغممہ (infarct) کا شبہ ہو، اہمیت کا کوئی وسیع رقبہ پایا جائے تو یہ یاد رکھنا چاہئے کہ استلاء (congestion) اور آفیمیا کی وہ مخلوط حالت جس کو تصلب سرخ (red induration) اور بھورا تصلب (brown induration) کہتے ہیں،

مصرعی مرض (valvular disease) کا ایک عام نتیجہ ہوتی ہے، اور اکثر مغمماتہ (infarcts) کے ساتھ موجود ہوتی ہے۔

عقونی مغممات (septic infarcts) تلیج الدم (pyaemia) میں کثیر الوقوع ہوتے ہیں، اور فی الحقیقت اس مرض کی حادث شکل کے حمیزہ بعد المات ضررات ہیں۔ یہ اسکات (foci) عام طور پر بالکل چھوٹے ہوتے ہیں اور کچھ تکثر (crepitation)



179

کے سوائے کوئی عین طبیعی امارات نہیں پیدا کر سکتے۔ لیکن وہ التهاب پلینورا (pleurisy) اور انصباب (effusion) جو اکثر ان کے ساتھ ہوتے ہیں، معمولی امارات ظاہر کرتے ہیں، اور عفونی قسم (septic type) کا عمومی تغافل مدہ قشریہ اور بڑھتے ہوئے انبطاح (prostration) کے موجود ہوگا۔

شکم سداویت (fat embolism) جب کہ یہ کافی مقدار میں موجود ہو، ریوی دوران خون کے تسدو کی وجہ سے، مدہ جراحیہ (surgical shock) کے اسباب میں سے ایک سبب ہو سکتی ہے۔ اس کے علامات یہ ہیں: — بُہرُ انبطاح، سرخ جھاگ دار بُساق، نبض سریع، ذراق (cyanosis)، اور پھیپھڑوں پر لغطات (râles)۔

تشخیص۔ ریوی سداویت یا طقیت کی تشخیص کا انحصار بہت کچھ سابق الوجود مصلیات پر ہوتا ہے، جیسے کہ وریدی طقیت یا عفونت کی معلوم موجودگی، جو ممکن ہے کہ کسی شکمی عملیہ (abdominal operation) کے ساتھ متلازم ہو۔ مرض قلب کی موجودگی، ریوی انفام (infarction) پہلا لٹ کر سکتی ہے۔ نفث الدم (haemoptysis) کے تمام اسباب میں ریوی تمدن (pulmonary tuberculosis) کے بعد دوسرا کثیر الوقوع سبب مرض قلب ہے۔ اس حقیقت کا علم ایک محفوظ تشخیص قائم کرنے میں بڑی حد تک مدد ہوتا ہے۔

تحریر۔ مشورہ دیا گیا ہے کہ شکمی عملیات جراحیہ کے بعد جبکہ التهاب باریطون (peritonitis) موجود نہ ہو، اور وضع حمل کے بعد، ٹانگوں اور حوض (pelvis) کی حرکت کی اور دُک (massage) عمل میں لانے کی اجازت دیدینی چاہئے، تاکہ خون کا رکود (stagnation)، جس سے طقیت کی استعداد پیدا ہو جاتی ہے، واقع نہ ہونے پائے۔ لیکن اگر یہ یقین ہو کہ علقہ بن چکا ہے تو ان کو بند کر دینا چاہئے۔ پھیپھڑوں کے اندر رکود کا وقوع (جس سے طقیت پیدا ہو جاتی ہے) روکنے کے لئے، اور شکم سے وریدی خون کی واپسی میں آسانی پیدا کرنے کی غرض سے عمیق تنفس (deep breathing) منظم اور چل میں لانا چاہئے۔ اگر مریض پسید پڑ گیا ہو تو جراحی عملیہ سے پہلے نقل الدم (blood transfusion) عمل میں لانا چاہئے۔

ارتیکا ز خون سے بچنے کے لئے مریض کو بکثرت پانی پینے دینا چاہئے۔  
 عمل ج - ریوی شریان سے سداویت زائل کرنے کے لئے اب ایک  
 نجاتی عمل (emergency operation) درجہ کمال کو پہنچایا گیا ہے۔

## دروں صدری نو مایہ جات

(INTRA-THORACIC NEOPLASMS)

دروں صدری نو مایہ جات کے عام ترین اسباب بخشش کا اولی سرطان  
 (primary carcinoma) اور پھیپھڑوں، پلیوریا یا ششی عند میں سرطانی  
 (carcinomatous) یا سلمی لحمی (sarcomatous) سروحات (metastases)  
 ہیں جو جسم میں کسی دوسرے مقام کی اولی بالیدوں سے نکل کر واقع ہوں۔ ان کا بیان  
 ذیل میں درج ہے۔ دوسری امراضیاتی حالتیں جو شاذ صورتوں میں اولی سرطان بخشش  
 سے سرمدیاتی مثلاً بہت رکھتی ہیں یہ ہیں۔ واسط میں تیموسیہ اور درقیہ کی  
 بالیدیں [جن میں دروں صدری غوط (goitre) بھی شامل ہے] اومیست  
 (dermoids) مسخولی سلعات۔ مرن آجکن (Hodgkin's disease) نو اسلی سلمہ  
 لحمیہ (mediastinal sarcoma)، لمفی سلمہ لحمیہ (lympho-sarcoma)، قری  
 (oesophagus) کا اولی سرطان جو بخشش کے اند تک پھیل جائے۔ پلیورامین متعہ و  
 غیر خبیث سلعات مثلاً سلمہ لینیہ (fibroma) وغیرہ اور درعلی سلمہ (endothelioma)  
 اور لحمی سلمہ (sarcoma)۔ شش میں غیر خبیث سلعات بہت شاذ و نادر پائے  
 جاتے ہیں۔ لیکن کیسات (hydatids)، صغیات (gumma) اور التهابات  
 ان سے خلط ملط ہو سکتے ہیں (60)۔

## شش کا اولی سرطانی سلمہ

(primary carcinoma of the lung)

بحث اسباب۔ شش کا اولی سرطانی سلمہ ہر عمر میں، لیکن اکثر

اوقات (۷۷) چالیس اور ستر سال کے درمیان واقع ہوتا ہے۔ یہ عورتوں کے نسبت مردوں میں چار گنا زیادہ عام ہے، بد قسمتی سے حال میں چند سال سے اس کے حدوث (incidence) میں زیادتی ہو گئی ہے۔ چونکہ مزمن خراش 'سرطانی سلسلہ کا ایک سلسلہ قسیمی عامل ہے' خراش کے اسباب ڈھونڈے گئے ہیں، مثلاً، انفلوئنزا اور حال ہی میں ۱۹۱۸ء کی وبا نے عظیم کے بعد سرطانی سلسلہ کی زیادتی پائی گئی ہے۔ گردوغبار سے پیدا ہونے والی خراش اچھے کہنگسی (Saxony) کی کانوں میں ایک امکان ہے۔ لیکن اگر استنطاق (inhalation) ایک سبب ہے تو بائیں شش کے نسبت دائیں شش کو زیادہ آسانی سے ماؤف ہو جانا چاہئے، کیونکہ دایاں شعبہ نسبت بڑا اور زیادہ سیدھا واقع ہوتا ہے۔ لیکن دونوں شش تقریباً مساوی طور پر ماؤف ہوتے ہیں۔ موٹر گاڑی کی اخراجی گیسوں کا استنطاق، زہریلی حربی گیس، تباکو پینا، اور گرد و راہ امکانی عوامل ہیں (61)۔

180

مرضی تشریح - شش کی اولی بالیدیں اپنے مبداء کے لحاظ سے تین گروہوں میں منقسم ہیں :- (۱) شعبی سرطانی سے نکلنے والی، (۲) شعبی مخاطی غد سے نکلنے والی (۳) جرم شش سے نکلنے والی۔ پہلے گروہ میں سلسلہ بالخصوس ایک بڑے شعبہ میں محدود ہوتا ہے، اور شعبہ مدود ہو جاتا ہے۔ یہ بالید زیادہ منتشر نہیں پھیلتی، بلکہ ٹوٹ کر تمدد الشعبی (bronchiectatic) کہنے بنا دینے کا رجحان رکھتی ہے۔ یہ استوائی غلیوں سے بنتی ہے۔ دوسرے گروہ کے ساتھ (۱) اور یہ بھی شبابت کے گرد محدود ہوئے کاربھان رکھتا ہے، بہ افراط مخاطی افراز ہوتا ہے۔ لیکن ان سلحات میں غلیے اس قدر تغیر پذیر ہوتے ہیں کہ یہ جماعت بندی زیادہ مفید نہیں۔ تمام سلحات میں سے نصف سے زائد سلحات "بجئے نما غلیوں" والی قسم ("oat cell" type) سے تعلق رکھتے ہیں۔ غلیے اور نواتے، جو زیادہ گہرا رنگ قبول کرتے ہیں،

سے تو سین کے اندر خط اردو میں درج کئے ہوئے اعداد وہ فی صدی تعدادیں ظاہر کرتے ہیں جو لندن ہسپتال میں ۱۳۹ امتحانات لاش (autopsies) کے تجزیہ سے لی گئی ہیں - (41)

بیضی ہوتے ہیں اور ان کا خلیہ مایہ (cytoplasm) قلیل المقدار ہوتا ہے۔ سروحات (metastases) لمفائی غدو کے اندر عام ترین ہوتے ہیں، لیکن وہ دوسرے اعضا و احشائیں مختلف حد تک واقع ہوتے ہیں۔ دوسری پیچیدگیاں حسب ذیل ہیں۔  
 پلیورائی انصباب (pleural effusion) (۲۸) یعنی قحی (۶۵) دھوی (۷) صاف (۱۴، ۵)۔ ایک شبہ کا جزئی یا کامل انسداد (occlusion) (۵۶) شبی اپتہا تمد والشعب (bronchiectasis) شبی ریوی التهاب، ہبولی گنگرن (collapse) (gangrene) خراج (۱۱، ۵) نفاخ، تکلیف (fibrosis) اور ریوی عروق کی طلیقت اور ان پر حملہ۔ تا، مور (pericardial) پر حملہ (۵، ۴۴) مری پر حملہ یا دباؤ (۱۶، ۵) فوقانی ورید اجوف پر حملہ اور اس کا تمد (۱۱، ۵) بڑی نظامی وریدوں کی طلیقت (۱۷) جو جوارح بالا اور جوارح زیریں میں یکساں کثرت سے واقع ہوتی۔  
 علامات۔ کھانسی (۶۶) ابتداء خشک ہو سکتی ہے۔ ممکن ہے کہ وہ شدید ذوروں کی شکل میں ہو یا قصبہ یا شعبات پر دباؤ پڑنے کی وجہ سے "نحاسی" (brassy) ہو۔ وہ گردن کی وریدوں کا عارضی امتلاء پیدا کر سکتی ہے۔ بساق نصف سے زائد اصابتوں میں موجود ہوتا ہے اور ان میں سے بیشتر میں کیتھرفضٹ اللہ موجود ہوتا ہے (۳۶)۔ ۵، ۵، ۶۴ شدت میں تغیر پذیر ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ وہ قارض (gnawing) خونخیزی (stabbing) جزئی (dragging) ہو یا دباؤ یا دم گھٹنے کا احساس ہو۔ درد عموماً سینہ میں ہوتا ہے، لیکن گردن، شکم، کمر اور جوارح میں بھی محسوس ہو سکتا ہے۔ وہ اکثر ریڑھ کے فقرہ (vertebra) میں سروحات (metastases) ہو جانے سے یا اعصاب پر دباؤ پڑنے سے پیدا ہوتا ہے۔ لاسغری (wasting) (۵۲) کے ساتھ کمندی، کمزوری اور شحوب (pallor) ہو سکتا ہے، لیکن عموماً مریض مدیم الدم (anaemic) نہیں ہوتے۔ بھس (dyspnoea) (۵۵) ہا سوا اسی چھولی ہوئی سانس (breathlessness) کے جو مشقت کرنے یا زور لگانے کے بعد ہو جاتی ہے، اکثر ایک متاخر علامت ہے، تا وقتیکہ پلیورائی انصباب موجود نہ ہو۔ وہ ذوروں کی شکل میں ہو سکتا ہے اور اس کے ساتھ شہیتی صرصرہ (inspiratory stridor) ہو سکتا ہے۔ ایک مریض میں شریانی خون میں CO<sub>2</sub> کا دباؤ بڑھ گیا اور

آکسیجن کی سیریشگی (oxygen saturation) کم ہوگئی جس سے نیا ہوتا ہے۔ بے کشش کے اندر کیوں کے باہمی تبادلوں میں رکاوٹ تھی (۷)۔ اسر تفاع حرارت (pyrexia) (۲۹) اکثر شل ریوی کی دائمی تپش (hectic temperature) سے مشابہ ہوتا ہے اور ممکن ہے کہ اس کے ساتھ سردی لگنا (chills) اور شبانہ سسٹن (night sweats) ہوں (۱۷۱)۔ خفوق قلب (tachycardia) بلا ارتفع تپش کے موجود ہو سکتا ہے (۱۹۱)۔ بعض اوقات سریریاتی طور پر ثانوی جیوا (secondary deposits) پائے جاتے ہیں (۲۲)۔ اور دوسرے علامات یہ ہیں: سر سراق (cyanosis) (۲۱) جو اکثر اُورس دلا متسع (dilated veins) (۱۹۰۵) کے ساتھ ہوتا ہے جو ممکن ہے کہ سر اور گردن 'جواج بالا' صدر اور شکم میں نظر آئیں اور اس وجہ سے اہم ہیں کہ وہ یہ ظاہر کرتے ہیں کہ واسطہ (mediastinum) میں تسد ہو گیا ہے جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ خون قلب تک اُن بہت الجبدہ تقفا سے (anastomoses) کے ذریعہ سے پہنچتا ہے جو بین ضلکی اور (intercostal veins) اور شکلی اُور دہ کے درمیان ہوتے ہیں۔ باوجود اس تعویض (compensation) کے وریدی زو میں بہت کچھ رکاوٹ واقع ہو جانے کا امکان ہوتا ہے اور جھکنے یا کسی طرح کا زور لگانے پر چہرہ اور بھی زیادہ ممتلی اور ازرق ہو جاتا ہے۔ فوقانی ورید اجوف کے تسد کی حالت میں سطح پر خون کا بہاؤ بالکل نیچے کے طرف اور تحتانی ورید اجوف کے تسد میں اوپر کے طرف ہوتا ہے۔ لیکن یہ آخر الذکر حالت دروں صدري سلعہ (intrathoracic tumour) سے شاذ ہی پیدا ہوتی ہے، گو کہ خبیث بالیسد (malignant growth) کا ڈایا فرام سے عین اوپر تحتانی ورید اجوف تک پہنچ جانا ممکن ہے۔ اذیہا (۱۸) اکثر ایک متاخر امارت ہوتا ہے جس کے ساتھ زراق اور توس وریدیں ہوتی ہیں۔ سر و گردن اور ہر دو یا کسی ایک بازو کا اذیہا بنایست عمیز ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ یہ سرخ الزوال ہو اور محنت کرنے یا زور لگانے، جھکنے یا کھانسنے سے پیدا ہو جائے اور اس کے ساتھ دم گھٹنے کا احساس بھی ہو۔ یہ علامات بھی موجود ہوتے ہیں: حنجری شلل (laryngeal paralysis) (۱۷)۔ عسر البلع (dysphagia) (۱۱)۔ قے (۱۱) انگلیوں کی کوز شکلی

(clubbing of the fingers) (۶۵) غالباً یہ درد بہت کم ہے، درد سر، اور دوا سر (vertigo) 'صدقات' (pupils) کی عدم مساوات اور عصب مشار کی کے ہجائ یا شلل (جو ملاحظہ ہو) کے دوسرے امارات - مثلاً لیکن اکثر ایک علویں سے اپنا مر بلا کسی مزاحمت سے دوچار ہوئے جاری رکھتے ہیں - بعض اوقات وہ مضبوط ہو جاتے ہیں، جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ محیطی نبض (peripheral pulse) کمزور یا مٹھوس ہو جاتی ہے۔

طبیعی امارات نہایت تغیر پذیر ہوتے ہیں، اور ان کا انحصار بالید کے محل وقوع اور جسامت پر، اور پیچیدگیوں کی موجودگی پر ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ اجتہاد وہ صرف ایک شعبہ کے تسد کے امارات ہوں، جو پہلے بیان کئے جا چکے ہیں، اور ان کے ساتھ اکثر صرصرہ (stridor) ہو۔ جوں جوں سلمہ کی جسامت بڑھتی ہے اور نہ صرف شعبی غد میں جماؤ (deposits) بلکہ کشش کے اندر تک پھیلاؤ ہو جاتا ہے، قوع (percussion) کی آوازیں کمی (impairment) پائی جاتی ہے، بالخصوص سینہ کے سامنے بالائی حصے میں، لیکن یہ کمی اس تک نہیں پہنچتی۔ ممکن ہے کہ اس رقبہ میں شعبی تنفس (bronchial breathing) بڑھا ہو، اسی صوتی حقیف اور شعبہ صوتی (bronchophony) موجود ہو، یا اصوات تنفس، لمس صوتی حقیف (T.V.F.) اور بولنے کی آوازیں (voice sounds) غیر موجود ہوں۔ اگر بالید نیچے کی طرف پھیلتی ہے تو یہی طبیعی امارات ایک قاعدے پر موجود ہو سکتے ہیں۔ مختلف پیچیدگیوں کے طبیعی امارات بھی موجود ہو سکتے ہیں۔

تشخیص - بعض اصابتیں اپنا مر بلا کسی صدی علامت کے ختم کر دیتی ہیں۔ اصابتوں کا ایک چھوٹا مادہ ماغی گروہ (cerebral group) ممرحات (metastases) کی وجہ سے ہوتا ہے اور یہ اصابتیں دماغی سلمہ، التهاب سحایا (meningitis) التهاب دماغ (encephalitis) کو فیرہ سے مشابہ ہوتی ہیں۔ اصابتوں کا دوسرا گروہ نخاعی (spinal group) ہے، جو ممکن ہے کہ التهاب نخاع (myelitis) مشوکی بوسیدگی (spinal caries) یا درد کمر (lumbago) کے طور پر تشخیص کر لی جائیں۔ تیسرے گروہ میں حادثہ شکی علامات ہوتے ہیں۔ وہ صرصرہ (stridor) جو ایک شعبہ کے

انضاط سے پیدا ہو جاتا ہے، غلطی سے شعبی التهاب کا خزعروہ (rhonchus) سمجھا جاسکتا ہے۔ اول اندک وقت وقوع اور محل وقوع کے لحاظ سے مستقل یا غیر متغیر ہوتا ہے اور آخر اندک تغیر پذیر ہوتا ہے اور چند ہی گھنٹوں کے اندر ایک جگہ سے دوسری جگہ پر بٹا کر یا کچھ وقتوں میں غائب ہو جاتا ہے۔ اگر سلسلہ دروں صدی چھیدگیاں (جیسی واسطیات الحجب انصباء) (effusion) تپع صدر (empyema) شعبی التهاب (bronchitis) ممتدہ و اشعب (bronchiectasis) شعبی ذات اریہ (broncho-pneumonia) پیدا کر دے اور سلسلہ کے میز علامات (جیسے کہ امتلا و آوریہ اور اُزیما) غیر موجود ہوں، تو ممکن ہے کہ اس امر کو شناخت کئے بغیر کہ اولی سبب مرض سلسلہ ہے، ان چھیدگیوں کی تشخیص کر لی جائے۔ تل ریوی اور استرواح الصدر سے بھی تفریق کرنی چاہئے۔ بزل (paracentesis) کے بعد ایک سریع انعکس عقیم پلیورائی انصباب واقع ہونا سرطان کی دلالت ہے، بالخصوص اگر یہ انصباب خون آلود ہو، اگرچہ یہ بیان کردینا ضروری ہے کہ خون آلود انصباب کا عام ترین سبب تدرن ہے۔ خلویاتی امتحان (cytological examination) سے عموماً کوئی مدد نہیں ملتی۔ اس کے برعکس، اگر ایک اومیر عمر والے مریض میں سستال کے امارات موجود ہوں لیکن سینہ کا اشتقاق (exploration) کرنے پر کوئی خیال نہ ملے تو سلسلہ کا شبہ کیا جاسکتا ہے۔ سرطان ش آنور سہائے او وری (aortic aneurysm) کے ساتھ آسانی غلط کیا جاسکتا ہے۔ انورسا کے مشہور و معروف طبیعی امارات کے علاوہ بیشتر اماتوں میں لاشعاعی امتحان تفریقی تشخیص کا نہایت یقینی ذریعہ پیش کرتا ہے۔ انورسا ایک صاف اور واضح کوہر دکھتا ہے، اور ایک تمدد پذیر نبضان (expansile pulsation) ظاہر کرتا ہے۔ لیکن کسی ایسے سلسلہ سے بھی جو اورطی کے ساتھ منغم ہو نبضان (pulsation) پیدا ہو سکتا ہے۔ ایک بقاعدہ طور پر درریش کرنے والے نو مایہ (infiltrating neoplasm) کی چھاؤں بتدیج خود کو اور دگر کے شش میں غرق کر دیتی ہے، اور اس کی اصلی کوہر بالکل نظر نہیں آتی۔ لپا یوڈال (lipiodol) کے استعمال کے بعد امتحان کرنے سے ممکن ہے کہ ایک شعبہ کا تہ نظر آئے شعبہ بینی (bronchoscopy) نہایت ہی مدد ہے۔ نیسجیاتی امتحان کے ذریعہ تشخیص کرنے کے لئے بالید کا ایک ٹکڑا

الگ کیا جاتا ہے۔ اگر تنفس کا اقل کیا جائے اور مجوس افزاات کو نکلنے دیا جائے تو عارضی طور پر تسکین ہو جاتی ہے۔ لاشعاعی استمان جو کہ استرواح الصدر انجام دینے اور اگر کوئی انصباب موجود ہو تو اس کو دور کرنے کے بعد انجام دیا جاتا ہے۔ پیٹورائی بالیدوں کو تشخیص کرنے کے لئے نہایت ہی مفید ہے صدر بینی کی کتب سے مراد ہے۔ علاج۔ جب شعبہ بینی کے ذریعہ بالید تک رسائی ہو سکتی ہو تو علاج میں ایک انقلاب عظیم پیدا ہو جاتا ہے، کیونکہ باقاعدہ دقنوں پر ریڈ ان کے خول مدفون کئے جاسکتے ہیں۔ لختہ برآری کا عملیہ بھی استعمال کیا جاتا ہے۔

## پھیپھڑوں میں ثانوی مطروحات

(secondary deposits in the lungs)

علامات۔ جب شش بالید کی کثیر التعداد گرہوں کا عمل وقوع ہو، جو کہ اندر بے قاعدہ طور پر پھیلی ہوئی ہوں، تو مریض کو کم از کم ابتدائی کوئی تکلیف نہیں ہوتی اور تا وقتیکہ ایک شعبہ پر دباؤ نہ پڑے کوئی طبیسی امارات نہیں نمودار ہوتے۔ آخری درجوں میں بہر (dyspnoea) تیز تنفس، کبودی (lividity) متواتر کھانسی اور غلطی نفث ہوگا۔ اور استماع کرنے پر سارے سینہ پر کثیر التعداد خرخرات (rhonchi) اور لقطات (râles) سنائی دیتے ہیں۔ یہ حالت دُفنی تمل (miliary tuberculosis) سے کہی تو مشابہت رکھتی ہے، لیکن مکن ہے کہ تمیش طبعی درجہ کی ہو۔ جب پیٹورال دُفنی ہوتا ہے تو عموماً ایک انصباب (effusion) ہوتا ہے جس میں خون اور نمیت خلیات (malignant cells) موجود ہو سکتے ہیں۔

تشخیص۔ جب دوسرے احشاء میں بالید کی موجودگی معلوم ہو، یا جب سرطان پستان یا سرطان فک باریعہ عمایہ نکال کر خارج کر دیا گیا ہے، تو ایسی حالت میں ناقابل توجہ بہر کے وقوع سے ہمیں پھیپھڑے کے اندر بالید واقع ہونے کا خیال آنا چاہئے۔ اور ان امایوں میں کہ جن میں ریوی علامات نہایت نمایاں ہوں گردن میں سخت غدو یا خصیہ میں سلسہ کی موجودگی سے، یا فقرات کی ماؤنیت سے پیدا شدہ شوکی استواری سے بعض اوقات ضروری پتہ چل جاتا ہے۔ ابتدائی



اصابتوں میں ممکن ہے کہ لاشعاعوں سے پھپھڑوں میں تمیز کول غمکات (opacities) نظر آئیں۔

انذار برا ہوتا ہے اور اس حالت کی مدت ایک سال سے زائد ہونیکا امکان نہیں۔  
علاج کا اشاریہ ہے کہ درد اور کھانسی میں تخفیف ہو اور نیند آجائے۔ عمیق لاشعاعی علاج (deep X-ray therapy) بالید کی عارضی تخفیف (recession) اور ششوں کا دوبارہ پیدا واقع کرتا ہے (62) یارٹیم (radium) کو جسم متعادوں میں استعمال کیا جاسکتا ہے۔ بالید کے ساتھ کے سیال انقباض کو ممتصل (aspirator) کے ذریعہ نکال دینا چاہئے، لیکن اغلب ہے کہ وہ جلد ہی پھر پیدا ہو جائے گا۔

## ذات الجنب اور تقيح صدر

(PLEURISY AND EMPYEMA)

ذات الجنب یعنی غشائے پليورائی کے التهاب کے خاص مظاہر یا وسط پليورائی پر تکوین ”لف“ (خشک ذات الجنب: dry pleurisy) یا مصلی سیال کا ارتشاح (انقباضی ذات الجنب: pleurisy with effusion) یا پیدا شدہ اشش ریم (تقيح صدر: empyema) ہیں۔

بحث اسباب۔ کثیر التعداد اصابتوں میں خشک ذات الجنب یا انقباضی ذات الجنب کا آغاز بہ ظاہر تندرست اشخاص میں نامحسوس طور پر ہوتا ہے اور اکثر سردی کے تکشف سے منسوب کیا جاتا ہے۔ ایسی اصابتوں کا ایک بڑا تناسب شائد ۵ فی صدی اصابتیں بلاشبہ اپنے مبداء میں تدرنی (tuberculous) ہوتی ہیں۔ بہت سے مریضوں میں تدرن کی سرگزشت ملتی ہے یا بالآخر سل ریوی یا یوسٹر تدرنی ضررات کے باعث ہلاکت واقع ہو جاتی ہے۔ نیز بہت سی مثالوں میں سیال کو جانوروں میں تطعيم کرنے سے تدرن پیدا ہو جاتا ہے۔ ذات الجنب کی ایسی امیتیں اپنے ممر میں مزمن ہوتی ہیں۔

پليوراکثر ایک زیادہ حاد قسم کے التهاب کا موزو ہے، جو بالآخر تقيح صدر

پیدا کر دیتا ہے، اور یہ دوسری بہت سی سرایتوں، بالخصوص بنقی ریوی سرایتوں، لو، قرمز، کھسرا، ریشیتی بخار، عفونتہ الدم اور انفلونزا کی سرایتوں کا نتیجہ ہوتا ہے۔ ذات الجنب مرض برائٹ (Bright's disease) کی بھی ایک کثیر الوقوع پیچیدگی ہے۔ بعض اصابتوں میں سرایت نسبتاً زیادہ استواری ہو جاتی ہے، مثلاً اس وقت جب کہ کمزور (fractured) پٹیلوں سے پلیورائٹ ہو جائے، یا جب (۱) ضررات شش، [مثلاً ذات الریہ، تقيح الدمی خراجات (pyaemic abscesses) سلمہ مدرن، یا نرینی مضغرات (haemorrhagic infarcts) یا (۲) جداری ضررات] جیسے کہ نفل، پٹان، گرون، یا کھنڈ شکم کے خراجات] کی توسیع پلیورائی سطح پر ہو جائے۔

ذات الجنب، التهاب تہامور اور التهاب باریطون یہ سب بیک وقت ایک ہی سرایت سے واقع ہو سکتے ہیں، جو حادثاتوں میں ریشیتی، عفونی (septic) یا بنقی ریوی، اور مزمن اصابتوں میں اکثر تدریجی ہوتی ہے۔ اس کو خبیث التهاب اغشیہ مصلیہ (polyorrrhomenitis) یا عامر التهاب اغشیہ مصلیہ (polyserositis) کہتے ہیں۔

ذات الجنب کے مختلف اقسام میں جب ذیل دقیق عضویہ پائے جاتے ہیں۔ ۱۔ نقرہ ریوی، نقرہ سیمی، نقرہ غشیہ، نقرہ مدرن اور عصیدہ محرقیہ نسبتاً نادر صورتوں میں فریڈ لینڈر کا عصیہ عمومی عصیدہ قولونی، عصیدہ ڈفٹھیہ، یا عصیدہ انفلونزائی اور خرد نقرہ چھارنرا۔ ان کا امتزاج ہو سکتا ہے، مثلاً نقرہ ریوی یا درنی عصیدہ کاسمی نقرات یا غشیہ نقرات کے ساتھ۔ ان میں سے آخری عموماً تنہا نہیں پائے جاتے۔ مدرن کے عقیم مصلی فائبرینی انصباب میں درنی عصیہ مفقود ہوتے ہیں۔ مدرن کے ریوی انصبابات بھی اکثر معمولی کاشت کرنے پر عقیم ثابت ہوتے ہیں، اور گنی پگ میں تطعیم کے بغیر ان میں درنی حصیہ شاذ و نادر ملتے ہیں۔ بچوں کے ریوی انصبابات میں نقرات ریوی بیشتر پائے جاتے ہیں (۵۰ فی صدی) اور بالغوں کے ریوی انصبابات میں کاسمی نقرات زیادہ عام ہوتے ہیں (۵۰ فی صدی)۔

مرضی تشریح - خشک ذات الجنب (dry pleurisy) - پہلا درجہ

پلمورا کے عروق کے اتساع (dilatation) کا ہے جس کے بعد جلد ہی سیال کا ارتشاح اور چند سفید جسامت کی مہاجرت واقع ہوتی ہے۔ یہ سیال مروب ہو جاتا ہے اور اس سے سفید جسامت اور فائبرین کا آمیزہ پیدا ہو کر (جسے اکثر مہربہ می طور پر لطف کہتے ہیں) آزاد سطح پر مطروح ہو جاتا ہے۔ غشاء ابتداً دقیق طور پر مشرب (injected) ہوتی ہے اور نہایت جلد ہی اس کی قدرتی طور پر چکنے والی سطح فائبرین کی وجہ سے ماند پڑ جاتی ہے اور فائبرین کو ایک نہایت نازک جھلی کی صورت میں جدا کیا جاسکتا ہے۔ اگر ارتشاح شدہ مادہ زیادہ افراط کے ساتھ ہو تو وہ سخت یا لینی جیسی دبیز تھیں بنا دیتا ہے جو سطح پر عموماً مکھڑی یا خلی (villous) یا جالدار ہوتی ہیں۔

183

انصبابی ذات الجنب (pleurisy with effusion) اس حالت میں خشک ذات الجنب میں "لطف" پیدا ہو جانے کے بعد جلد ہی ایک مصلی یا مصلی فائبرینی سیال کا ارتشاح واقع ہوتا ہے یا اگر یہ عمل زیادہ مزمن ہو تو بلڈ لطف کی سابقہ تھکوں کے ایک مصلی سیال کا ارتشاح واقع ہو جاتا ہے۔ یہ سیال کہنف پلمورائی کے اندر ۲ یا ۳ پائینٹ تک یا زائد مقدار میں جمع ہو سکتا ہے۔ اس کا رنگ زرد یا سبزی مائل زرد اور کثافت نوعی ۵ تا ۱۰۰ تا ۱۰۳ تا ۱۰۵ اکثر ۱۰۱ تا ۱۰۸ ہوتی ہے۔ اس میں جو البیوس موجود ہوتا ہے اس کی وجہ سے یہ ابالنے پر تقریباً مٹھوس ہو جاتا ہے۔ یہ مشاذ نہیں کہ اس میں فائبرین کے چند گائے (flakes) موجود ہوں یا تھڑے ہی عرصہ میں کچھ مقدار طروح ہو جائے۔ یہ سیال بالکل صاف ہوتا ہے یا جسامت کی موجودگی کے باعث دودھیا (opalescent) یا گدلا۔ حاد اصابتوں میں ایوسین لینڈ (eosinophil) یا کشیر الاشکال نواتی (polymorphonuclear) خلیوں کا غلبہ ہوتا ہے اور زیادہ مزمن اصابتوں میں خلیہ نسبتہ متھڑے ہوتے ہیں اور وہ لطف خلیے ہوتے ہیں۔ حاد اصابتوں میں مگن ہے کہ خلیوں کی مقدار اتنی کافی ہو کہ سیال کو نکالنے کے بعد وہ اس کی تہ میں ایک دبیز تہ بنا دیں اور اس کے اور گاڑھی پیپ کے بننے کے درمیان تلم مدارج پائے جاسکتے ہیں۔ بعض اوقات یہ سیال کم و بیش خون کی جھلک رکھتا ہے اور یہ خون ان فوافظہ عروق سے ماخوذ ہوتا ہے جو تقضی پذیر لطف (organising lymph)

میں پائے جاتے ہیں۔

یہ انصباب سیال ذات الجنب کے نتائج میں سے اہم ترین نتیجہ ہے۔ چونکہ وہ کہنے پلپور کے اندر مقید رہتا ہے لہذا وہ لازمی طور پر شش کو ڈانٹرام اور دیوار سینہ کی مجاورت سے ہٹا دیتا ہے، اور سیال کا انصباب جس قدر زیادہ ہوتا ہے شش اسی قدر زیادہ مضبوط ہو جاتا ہے۔ یہ انضباط سیال کے دباؤ سے نہیں بلکہ شش کی لچک کی وجہ سے واقع ہوتا ہے، جو قدرتاں اس کی باز کشیدگی (retraction) میں مدد ہوتی ہے۔ یہاں تک کہ یہ حالت پائی جانی ممکن ہے کہ سینہ کے اندر رستیاں کی بڑی مقدار موجود ہونے کے باوجود دباؤ پھر بھی منفی ہو لیکن گومورت حالات ایسی ہوتی ہے، تاہم ممکن ہے کہ وہ اب بھی مقابل جانب کے پلپور کے دباؤ کی نسبت زیادہ ہو، جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ قلب تندرست جانب کے طرف ہٹ جاتا ہے۔ لیکن بعض اصابتوں میں سیال کا دباؤ کرہ ہوائی کے دباؤ کی نسبت زائد ہونا ممکن ہے، بالخصوص اس وقت جب کہ سیال لمبی ہو، اور ایسی صورت میں وہ قلب اور واسطہ (mediastinum) کو اپنی جگہ سے ہٹا دینے کے علاوہ، دیوار صدر کو باہر کے طرف اُبھار دیتا، بین الاضلاع فضاؤں کو پھیلا دیتا، اور ڈانٹرام کو معہ زیر افتادہ جگر یا طحال کے نیچے کو دھکیل دیتا ہے۔ انتہائی اصابتوں میں ممکن ہے کہ بڑے عروق پر دباؤ پڑے اور وہ تنگ ہو جائیں (Elliot Smith)۔

دوسرے انتہائی اعمال کی طرح ذات الجنب بھی پلپور کی دونوں سطحوں کو ڈھانکنے والی فائبرین کے بعضی (organisation) یعنی عروق دمویہ اور لیمفی رشت کی تھوین سے منسلک ہو جاتی ہے۔ اگر انصباب موجود ہو تو وہ ہفتوں یا دنوں کے دوران میں جذب ہو جاتا ہے، اور شش اور دیوار سینہ، یا تو اول الذکر کے پھیل جانے یا آخر الذکر کے بتدریج بیٹھ جانے، یا ان دونوں اعمال کے مزوج ہونے سے، بالآخر باہم تماس ہو جاتے ہیں۔ خفیف اصابتوں میں ممکن ہے کہ اس بات کا بعد میں اس کی کوئی کشادہ نہ لے کہ کبھی کوئی الہاب ہو ابھی تھا۔ لیکن اس کے برعکس یہ بھی ممکن ہے کہ شش پر کا پلپور ادبازت کا ایک قطعہ (a patch of thickening) ظاہر کرے، وہ رنگ میں سپید ہو، اور اس کی سطح چکنی اور چمکدار ہو۔

اکثر اوقات تفسفی کے دوران میں جلداری اور شوی پلئورائٹس رہتے ہیں جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ وہ لینی ساخت کے ذریعہ باہم جڑ جاتے ہیں جسے انضمام (adhesion) یا چسکی کہتے ہیں۔ ایسے انضمام یا چسکیاں عموماً پھیپھڑوں کے فتوں کے درمیان واقع ہو جاتی ہیں۔ بوزے آدمیوں میں سے سننے والوں کی ایک بڑی غالب تعداد کیسٹہ سابقہ الوجود پلئورائی التهاب کے علامات ظاہر کرتی ہے۔ شدید امواتوں میں پلئورا بہت وبازت یافتہ ہو سکتا ہے اور ممکن ہے کہ لینی ساخت شش پر حملہ آور ہو کر لینی شش (fibroid lung) پیدا کر دے۔

تقیع الصدرا - تقیع الصدرا یا ری ذات الجنب کو پیدا کرنے والے عضو یا پہلے بیان کئے جا چکے ہیں۔ تقیع الصدرا اولی ہو سکتا ہے اس معنی میں کہ یہ پہلا یا واحد التهاب ہوتا ہے جو کہ جسم میں کسی راستہ سے عضو یہ کے داخل ہو جانے سے پیدا ہوتا ہے۔ یا ممکن ہے وہ قرب وجوار کے مرض کے ساتھ وابستہ ہو مثلاً ذات الریه کمپورسلی یا ریوی خراج کے ساتھ۔ اور آخر اوہ جسم کے کسی دوسری جگہ کے مرض سے منتقل شدہ (metastatic) ہو سکتا ہے مثلاً تقیع الدم (pyaemia) سے۔ تقیع الصدرا کسی دوسری جگہ کے پھوڑے کی مانند ہمیشہ ایک صاف سیال سے یا سفید غلیات اور فائبرین (fibrin) کے گالوں سے خفیف طور پر مکث شدہ سیال سے شروع ہوتا ہے۔ اس درجہ کی مدت تغیر پذیر ہوتی ہے۔ بعض اوقات یہ طویل ہوتی ہے مثلاً سو وقت جب کہ ایک درفی التهاب پلئورائی بھی جائے (جو کہ ایک نہایت ہی شاذ واقعہ ہے)۔ بقی ریوی تقیع الصدرا میں تقیع ہونے میں اس سے کم دیر لگتی ہے۔ جب تقیع الصدرا ذات الریه کے ساتھ متلازم ہوتا ہے تو علم طور پر تقیع بالعموم انحلال (resolution) کے دوران میں یا اس کے بعد واقع ہوتا ہے جس سے ایک ما بعد ذات الریه تقیع الصدرا (meta-pneumonic empyema) ظہور میں آتا ہے۔ اس صورت میں ذات الریه اولی اور پلئورا پر حملہ ثانوی ہوتا ہے۔ جب تقیع الصدرا خون یا شش بنقہ سمیہ کی وجہ سے پیدا ہو تو تقیع میں تاخیر ہو جاتی ہے یا تقیع بہت سرعت کے ساتھ واقع ہوتا ہے لہذا بقی سمیہ ذات الریه میں تقیع الصدرا بھی ہنرماں طور پر موجود ہوتا ہے۔ یعنی یہ ہر ذات الریه (syn-pneumonic) ہوتا ہے۔ دوسری امواتوں میں پہلی

مرتبہ ہی جب کہ پلیورائی انصباب کا شبہ کیا جاتا ہے ریم پائی جاتی ہے۔  
 بعض اوقات ایک تنق الصدر تاچہ پلیورائی (pleural sac) میں سے  
 نکل کر یا تو شش میں سوراخ کر دیتا ہے (جس سے پیپ کا نفث ہوتا ہے) یا ایدر  
 بین الاضلاع فضا میں (جو اکثر یا پچوس فضا ہوتی ہے) منہ کر کے ("pointing")  
 خود بخود بھوٹ جاتا ہے۔ دونوں صورتوں میں ممکن ہے کہ ہوا کھنڈہ پلیوراکے اندر  
 داخل ہو کر درمیانی استرواح الصدأ (pyo-pneumo-thorax) پیدا کر دے۔ شاذ  
 اصابات میں ایک تنق الصدر ڈانفرام کے آر پار یا اس کے پیچھے سے ہو کر کھنڈہ شکم  
 میں گھل سکتا ہے۔ لیکن اگر غیر مشخص یا بلا علاج کے رہ جائے تو وہ عرصہ دراز تک  
 بلا سوراخ کے بدستور رہ سکتا ہے۔ اس سے ایک نامکمل جذبہ اتع ہو کر مریض کی حالت  
 ضعیفی (cachectic) ہو جاتی ہے اور احشائے جگر ہشی (lardaceous) انخطاط کے  
 وقوع کے لئے راستہ تیار ہو جاتا ہے۔

مصلی اور ری ہر دو انصبابات میں، پھیپھڑوں اور جگر کے درمیان انفصا  
 یا پچکیوں کے پیدا ہونے سے کھنڈہ کبھی کبھی جدا جدا فضاؤں میں منقسم ہو جاتا ہے۔ ایسی صورتیں  
 سیال کو خافہ بند (loculated) کہتے ہیں۔ اگر ایسے مریض کا علاج جراحی طریقہ سے  
 کیا جائے تو یہ حالت اہمیت رکھتی ہے۔

علامات اور طبیعی امارات۔ خشک ذات الجنب (dry pleurisy)۔  
 ذات الجنب کے آغاز کی متمیز خصوصیت شدید درد ہے، جو سانس لینے کے فعل  
 سے پیدا ہوتا یا زیادہ ہو جاتا ہے۔ یہ درد عموماً پہلوئے سینہ میں نیچے کے مقام پر  
 ہوتا ہے، لیکن کہیں بھی ہو سکتا ہے کیونکہ اس کا انحصار التهاب کی جائے وقوع پر  
 ہوتا ہے۔ وہ ایسا ہوتا ہے جیسے کہ کوئی کاٹ یا پھاڑا ہو (cutting or tearing)  
 اور نہ صرف سانس لینے سے بلکہ کھانسنے، پھینکنے اور ہر قسم کی مشقت کرنے یا زور لگانے  
 سے زیادہ شدید ہو جاتا ہے۔ مریض عموماً اپنی پشت کے بل یا تندرست جانب پر  
 لیٹا رہتا ہے۔ حادثات الجنب جاڑے کے ساتھ شروع ہو سکتا ہے اور زیادہ تر  
 کی قدر ارتعاع حرارت (pyrexia) ہوتا ہے، جس میں ممکن ہے کہ تپش ۱۰۳ درجہ تک  
 پہنچ جائے، لیکن یہ اکثر ۱۰۱ یا ۱۰۲ درجہ رہتی ہے۔ اس کے ساتھ دوسرے معمولی

متلازمات (accompaniments) ہوتے ہیں یعنی فردار زبان، عدم اشتہا، اور نسلمندی (malaise)۔

سینہ کا امتحان کرنے پر ماؤف جانب پر حرکت کی کچھ کمی اور در و کے مقام پر جریصلی خبر (vesicular murmur) کی قلت مشاہدہ میں آتی ہے۔ لیکن تمیز طبیعی امارت ذات الجنبی ہرگز (pleuritic rub) یا صوت فرکی (friction sound) ہے۔ یہ ان دو پلیورائی سطحوں کے جوار تشاح (exudation) کی وجہ سے کھردری ہوئی ہیں، ایک دوسرے پر حرکت کرنے سے پیدا ہو جاتی ہے۔ یہ آواز فرک کی مقدار کے لحاظ سے مختلف ہوتی ہے۔ حاد اصابتوں میں مکن ہے کہ یہ رگڑ سختی کے ساتھ محدود مقام رکھتی ہو اور آسانی نظر انداز ہو جائے۔ بلکہ اگر مریض شدید درد کے باعث وہ شہیقی (inspiratory) حرکت عمل میں نہ لاسکے جو اس کی پیدائش کے لئے ضروری ہے تو یہ غیر موجود بھی ہو سکتی ہے۔ مزمن اصابتوں میں فرک اتنی زیادہ ہو سکتی ہے کہ وہ سینہ پر رکھے ہوئے ہاتھ سے محسوس ہو سکتی ہے، وسماع الصدر (stethoscope) سے شنی بھی جاسکتی ہے، اور بالکل بلا درد ہوتی ہے۔

وہ ذات الجنب جس کے ساتھ انصباب ہوا اور تفتیح الصدر جب سیال کا انصباب ہو جاتا ہے تو پلیورائی دونوں سطوح ایک دوسرے سے علیحدہ ہو جاتی ہیں، صوت فرکی غائب ہو جاتی ہے، درد کم ہو جاتا ہے، اور ایسے علامات اور طبیعی امارات واقع ہوتے ہیں جو سیال کی موجودگی کا یا سیال جن مختلف اعضا پر اثر انداز ہوتا ہے ان کے مضبوط ہونے یا جگہ سے ہٹ جانے کا، راست نتیجہ ہوتے ہیں۔ خاص علامت سانس کا پھول جانا ہے جو مشقت کرنے یا زور لگانے پر خاص طور سے ہوتا ہے، اور یہ بُہر (dyspnoea) انصباب شدہ سیال کی مقدار کے تناسب سے ہوتا ہے۔ مریض اپنی پیٹھ کے بل یا ماؤف جانب کی کرویٹ پر لیٹا رہتا ہے، تاکہ تندرست جانب کو سب سے زیادہ آزادی حاصل ہو۔ مکن ہے کہ اسے کھانسی بالکل نہ ہو، یا خفیف کھانسی بلا نفث کے ہو۔ ذات الجنبی انصباب میں آنکھ کی پتلیاں کبھی کبھی غیر مساوی ہوتی ہیں، اور ماؤف جانب کی پتلی نسبتاً زیادہ چوڑی ہوتی ہے۔

جیسا کہ دوسری الہابی حالتوں میں ہوتا ہے، تپش اختلاف پذیر ہوتی ہے۔ مثلاً تدریجی ذات الجنب میں وہ نہایت ہی بلند ہو سکتی ہے جو کہ شاید ناخوشی کے خدو میں فعال مرض کی طرف اشارہ ہے۔ لیکن عام طور پر مستقیم تپش صرف ۱۰۰ یا ۱۵۰ اور جب سنٹی گریڈ تک مرتفع ہوتی ہے۔ تپش الصدر میں بھی، خواہ یہ سبھی نبتی ہو یا غبئی نبتی، تپش اختلاف پذیر ہوتی ہے، لیکن بالعموم وہ بلند اور متوقف یا متغیر ہوتی ہے، اور بسا اوقات اس کے ساتھ شعلہ برات ہوتے ہیں، اور مریض کی طبیعت نہایت ہی خراب ہوتی ہے اور اس کو خراب محسوس ہوتی ہے، جیسا کہ دوسرے حادثہ بخاروں میں ہوتا ہے۔

چونکہ سیال تجاذب (gravitation) کے اثر سے سینہ کے سب سے نیچے کے حصے میں جمع ہو جاتا ہے، لہذا اچھے قاعدہ پر مطلق اصمیت (dulness) ہوتی ہے۔ لیکن حویصلی خریہ (vesicular murmur) صوتی گنگ (vocal resonance)، اور لمسی صوتی حریف (tactile vocal fremitus) بہت کمزور یا بالکل غائب ہو جاتے ہیں۔ کثیر المقدار سیال ہو تو حسب ذیل طبیعی امارات مشاہدہ میں آتے ہیں:۔ معائنہ کرنے پر سینہ کی ماؤف جانب بے حرکت ہوتی ہے۔ قلب اپنی طبی وضع سے ہٹا ہوا ہوتا ہے: اگر انصباب دائیں جانب ہو تو صدم القلب (impulse of heart) بائیں بھٹنی کے نیچے یا اس سے باہر کی جانب محسوس ہو سکتا ہے۔ اگر انصباب بائیں جانب ہو تو صدم القلب اکثر غلظ القفس (sternum) کے دائیں طرف کی بین الاضلاع فضاؤں میں، عموماً تیسری، چوتھی، اور پانچویں فضاؤں میں، بلکہ دائیں بھٹنی کے پاس تک، اور شاذ مثالوں میں اس سے بھی باہر تک محسوس ہوتا ہے۔ صاف انصباب رکھنے والی اصابتوں میں ماؤف جانب پر سینہ کا محیط زیادہ نہیں ہوتا۔ مگن ہے کہ وہ کم ہو جائے۔ لیکن تپش الصدر میں مگن ہے کہ وہ زیادہ ہو جائے اور بین الاضلاع فضا میں، پسلیوں کے نیچے تک پست ہونے کے بجائے، پُر (یا مٹوس) ہو جاتی ہیں۔ مگن ہے کہ دیوار سینہ کا کسی قدر آذیم یا آہٹ ہو۔ طحال یا جگر بٹ کر نیچے آسکتے ہیں۔ قزع کرنے پر سانس، بغل میں، اور پیچھے اصمیت پائی جاتی ہے جو مقابل جانب کی اس اصمیت کے ساتھ مسلسل ہو جاتی ہے جو



اپنی جگہ سے ہٹے ہوئے قلب کے ساتھ متناظر ہوتی ہے۔ ساتھ ہی سینہ کی مقابل جانب پر بھی گنگ متاثر ہو جاتی ہے۔ چنانچہ ٹھوس پن کا ایک مثلث رقبہ ایسا پایا جاتا ہے جس کا اس غلم الکشف (scapula) کے زاویہ کے یول کے قریب ریڑھ کے پاس ہوتا ہے اور قاعدہ ریڑھ سے لے کر شش کے زیریں کنارے کے برابر برابر ۳ انچ پھیلتا ہے (اکرو کوکانیزد فقری مثلث: Grocco's paravertebral triangle)۔ اس کی توجیہ حسب ذیل ہے :- طبعی طور پر شش کے مرکزی حصے کا پھیلاؤ (expansion) صرف اسی طرح سے ممکن ہوتا ہے کہ واسطہ مؤخر کا تناؤ زیادہ رہے، جو اسے چس جاتے سے روکے رکھے۔ تناؤ کی یہ زیادتی مقابل جانب کے ڈائفرام کے عمل کی وجہ سے ہوتی ہے۔ جب یہ کم ہو، جیسا کہ پلئورائی انصباب میں ہوتا ہے تو واسطہ ہر شہیق (inspiration) کے ساتھ ڈھیلا پڑ جاتا ہے، جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ غراؤف جانب کے شش کے مرکزی حصہ کو نسبتاً کم ہوا پہنچتی ہے اور مسترعی سر (percussion note) کم ہو جاتا ہے۔ جب سیال اس قدر ہو کہ وہ صرف سینہ کی دو مثلث بلندی تک پہنچے، تو ترؤہ کے نیچے اور احمیت کے یول سے اوپر قریبی مری وہ خاص ترمیم سنائی دے سکتی ہے، جس کا نام اسکودائی گنگ (Skodaic resonance) ہے، جو شش کے ارتخاء (relaxation) کی وجہ سے ہوتی ہے (ملاحظہ ہو صفحہ ۱۲۳)۔ استماع کرنے پر اتم رقبہ (dull area) پر اموات تنفس، صوتی گنگ اور لسی ارتعاش کی کمی یا غیر موجودگی پائی جاتی ہے۔ سیال کے بالائی لیول پر جہاں شش ڈھیلا پڑ جاتا ہے، شعبی تنفس (bronchial breathing) یا تنویضی تنفس (compensatory breathing) سنا جاسکتا ہے۔ ممکن ہے کہ شعبہ صوتی (bronchophony) یا بنر صوتی (agophony) موجود ہو۔ مقابل جانب پر اموات تنفس مبالغہ کے ساتھ ہوتے ہیں، لیکن وہ مثلث گرو کو پر کم ہو جاتے ہیں۔ انتہائی اموات میں جہاں شش پچک کر ٹھوس ہو جاتا ہے، اموات تنفس غائب ہونے کے بجائے بلند شعبی تنفس (loud bronchial breathing) موجود ہو سکتا ہے۔ جہاں احشاء کی غیر وضعیت (displacement) زیادہ ہو وہاں ممکن ہے کہ تنفسی افعال کا اختلال بالآخر مہلک ثابت ہو جائے۔ مریض زیادہ گزیا

کبود (livid) ہوتا جاتا ہے، خرخرات (rhonchi) اور مخملی لفظ (mucus râles) اس شش میں سنائی دینے لگتے ہیں جو اب تک تندرست تھا، اور اختناق (asphyxia) طاری ہو جاتا ہے۔ بعض اوقات ناگہانی غصیان (syncope) ہو جاتا ہے، جس کی معقول توجیہ یہ ہو سکتی ہے کہ قلب اور بڑے عروق پر دباؤ پڑتا ہے۔

نوجوانوں کی حالت میں قزع کرنے پر جو اضمیت ہوتی ہے وہ مطلق نہیں ہوتی، اور ممکن ہے کہ سارے اضم رقبہ پر شعبی تنفس سنائی دے، اور اس سے یہ گمان پیدا ہو جائے کہ شش ٹھوس ہے۔ ایسی حالت میں قلب کی غیر وضعیت (displacement) سے مدد مل سکتی ہے۔

نہایت شدید اذیاتوں میں قلب (یا شاید اُورٹلی) کا نبضان (pulsation) ایک پٹیورائی انصباب تک منتقل ہو جاتا ہے۔ یہ انتقال ایک صدمہ یا موج کے طور پر ایک بڑے مصلی اجتماع تک ہوتا ہے یا ایک نسبت زیادہ محدود المقام شاید مرنی، نبضان کے طور پر ایک ایسے قلع صدر تک جو دیوار سینہ کے آ پار منھ کر رہا ہو۔ اسے نابض ذات الجنب (pulsating pleurisy) یا نابض قلع صدر (pulsating empyema) کہتے ہیں۔

بدین لختی ذات الجنب (interlobar pleurisy) کے ابتدائی درجوں میں ممکن ہے درد، کھانسی اور دقت تنفس موجود ہوں مگر کوئی تمیز امارت نہیں ہوتی۔ جب مایع جمع ہو کر دیا، اوس کی حد تک پہنچ جائے تو ممکن ہے کہ قزع کرنے سے سینہ کے وسطی منطقہ میں ایک اہم سر (dull note) اور ساتھ ہی اس سے اوپر اور نیچے گمک لے، اور ممکن ہے کہ اس کے ساتھ لفظات (râles) موجود ہوں۔ بدین لختی ذات الجنب کی ایک کثیر التوقع علامت نفث الدم (hæmoptysis) ہے (Dreulafoy) اور اگر ریال رہی ہے، جیسا کہ وہ اکثر ہوتا ہے، تو ممکن ہے کہ وہ ایک شعبۂ کے اندر روا ہو جائے اور کھانسی کے ذریعہ خالی ہو کر خود اچھا ہو جائے، اگرچہ کبھی کبھی ایک صوبی کہنہ (discharging cavity) ہیمینوں اور برسوں تک باقی رہتا ہے۔

ذات الغرامی ذات الجنب (diaphragmatic pleurisy) میں انصباب

خش اور ڈانفرام کے درمیان واقع ہوتا ہے۔ مقدار میں وہ عموماً وافر نہیں ہوتا۔ اس سے پہلے اکثر شدید درد ہوتا ہے، اور ساتھ ساتھ دسویں پلے میں ڈانفرام کی انتہا کے مقام پر دبانے سے، یا گردن میں عصب ڈایا فرامی (phrenic nerve) کو باہر سے دبانے سے ایلمیٹ (tenderness) محسوس ہوتی ہے۔ تاوقتیکہ یہ مرض خاص پلیورائی کہن میں نہ پہنچ جائے، اصمیت (dulness)، صوت فرکی، اور بز صوتی (ægophony) غیر موجود ہوتے ہیں، اور اس طرح مایع کے کسی چھوٹے اجتماع کا جو یہاں ڈویرینڈا (encysted) ہو جاتا ہے، نظر انداز ہو جانا ممکن ہے۔

اسی طرح ممکن ہے کہ ایک واسطی ذات الجنب (mediastinal pleurisy) بھی بہت تھوڑے متمیز امارات ظاہر کرے، تاوقتیکہ اجتماع سیال اتنا کافی نہ ہو جائے کہ سینہ کے خط واسطی میں اہم ساختوں پر دباؤ پڑنے لگے۔ یہ امارات یہ ہیں: — بہر (dyspnea)، ضیق (oppression) کے دورے، سوں سوں کی آواز (wheezing) اور ضرر (stridor)، عسر البلع (dysphagia)، نحاسی کھانسی (brassy cough)، بھرائی ہوئی آواز (hoarseness) اور سطح سینہ پر کی اوریدہ کا پھول جانا۔ ساتھ ہی ممکن ہے کہ ظہری فقرات (dorsal vertebræ) پر دبانے سے ایلمیٹ پائی جائے، اور نزد فقری اصمیت (paravertebral dulness) اور کمزور اصوات تنفس، بز صوتی (ægophony) اور لغعات موجود ہوں۔ سار مور کے اوپر ذات الجنب نام نہاد پلیورائی تاء موری فرک (pleuro-pericardial friction) پیدا کر دیتا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 127)۔ واسطی تقيحات الصدر (mediastinal empyemas) شعبی انبوبات کی راہ سے خارج ہو جانے کا رجحان رکھتے ہیں۔ تشخیص میں لاشعاعوں (X-rays) سے مدد ملے گی، جو یہ ظاہر کر دیں گی کہ تسدد پیدا کرنے والا تودہ نابض ہے یا نہیں۔

تشخیص - خشک ذات الجنب (dry pleurisy) میں درد کو سینہ کے دوسرے در دوں کے تیز کرنے کی ضرورت ہوتی ہے، جن میں سے عام ترین جمع الجنب (pleuro-dynia)، یعنی ریشی التهاب (fibrositis) ہے۔ یہ حرکت سے زیادہ ہو جاتا ہے، لیکن اس کے ساتھ بخار یا رگڑ (rub) نہیں ہوتی۔ بین الامسلاخ

وجع العصب (intercostal neuralgia) اس مجاورت یا تعلق کی وجہ سے جو وہ اعصاب سے رکھتا ہے اور وجع العصب کے امتیازی الیم نقاط کی وجہ سے شاعت ہوتا ہے۔ گرد کبدی التهاب (perihepatitis) اور گرد طحالی التهاب (perisplenitis) ایسے درد پیدا کر سکتے ہیں جو سانس لینے پر بڑھ جاتے ہیں؛ کیونکہ یہ اعضاء دورانِ شہیق میں ڈائفرام کے نزول سے مضبوط ہو جاتے ہیں۔

درجہ انصباب میں ہمیں اولاً اس پر غور کرنا پڑتا ہے کہ آیا کہفہ پلیورائی کے اندر مایع موجود ہے یا نہیں اور دوم اس پر کہ اس مایع کی نوعیت کیا ہے آیا وہ مصل ہے یا ریم؟ حاد اصابتوں میں ذات الجنب اور ذات الریہ کے باہم خلط ملط ہو جانے کا نہایت امکان ہوتا ہے؛ کیونکہ ذات الریہ کے ابتدائی درجوں میں ہوائی تنفس اکثر غیر موجود ہوتے ہیں۔ عموماً ذات الجنب لمسی ارتعاش (tactile vibration) کی غیر موجودگی اور نسبت زیادہ مطلق قسم کی صمیت (more absolute dullness) سے ہمیز ہوتا ہے۔ اور نسبت بڑے انصبابات قلب کو اس کی طبعی وضع سے ہٹا دیتے ہیں جو ایک فیصلہ کن علامت ہے۔ پلیورائی انصباب میں لاشعاعوں سے ایک نہایت سیاہ عکس پیدا ہو جاتا ہے جس کا بالائی مقعر حاشیہ ریڑھ سے دفعۃً اُٹھ کر بغل کی جانب جاتا ہے اور ڈائفرام کا خط نہیں نظر آتا (ملاحظہ ہو صفحہ ۷، ص 168)۔ شش جو اوپر ہوتا ہے، تکثیف (condensation) کی وجہ سے ایک ہلکی سیابی طہر کرتا ہے، اور گاہے ایک تحدیدی خط بھی پایا جاتا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ ۸)۔

مزمن اصابتوں میں شش کی بافت کے بیشتر تجلقات (consolidations) سے سیال کی مشابہت پیدا ہو سکتی ہے خواہ یہ تجھد اس کے جرم میں جماؤ ہونے کی وجہ سے ہو خواہ اس کے پچکاؤ کے باعث۔ اس قسم کی بعض اصابتیں حسب ذیل ہیں:۔ سدری تجھد یعنی شش (fibroid lung) مرض قلب سے پیدا ہو جانیوالا قصلب (induration) شش کی بالید اور انضغاط جو کہ سامنے سے تا موری انصباب سے اور نیچے سے زیر دایا زامی بھوڑے (subphrenic abscess) اور جگر کی بالید یا کیسہ (hydatid) سے پیدا ہو سکتا ہے۔ اصابتوں کے مشترک طبیعی امارات یہ ہیں:۔ صمیت، موات تنفس کا اندام صوتی گنگ اور لمسی ارتعاش کا اندام (یعنی



یہ شعاع شکاری پلورانی انصباہ اور انحلال نما بر کرتی ہیں۔ الف۔ ۲۰ مارچ ۱۹۳۳ء۔ یہ مرغل  
 ہو کہ انصباہ اور شش کے اتصال پر جو منحنی خط ہے وہ ٹھیک رس تک اور اس کے گرد چاکا گیا  
 ہے جس سے معلوم ہوتا ہے کہ بالائی حصہ میں نیال کی ایک نہایت ہی پتلی نہ موجود ہے۔  
 ب۔ ۱۲ اپریل ۱۹۳۳ء۔ یہ شعاع شکاری اند سے لاک ۷ مصنف کے ایک مرہیں سے

تندرست شش کی جملہ شہادتوں کی غیر موجودگی (محض اس وجہ سے کہ یہ بالیدیں یا مائعات کے اجتماعات شش کو اسی طرت پہنکا یا ہٹا دیتے ہیں جس طرح سے کہ ایک پلیوریائی انصباب۔ قاعدہ شش پر اہمیت کا (جو غلطی سے اکثر پلیوریائی انصباب سمجھ لیا جاتا ہے) ایک دوسرا سبب ایک شعبہ کا تہہ ہے۔ لیکن اس حالت میں یہ اہمیت عموماً اس قدر مطلق نہیں ہوتی جتنی کہ یہ پلیوریائی انصباب کی صورت میں ہوتی ہے۔ ڈائفرام کے نیچے کی بالیدوں پھوڑوں یا دویروں (cysts) کو پلیوریائی انصباب سے تمیز کرنے میں لاشعاعی امتحان خاص منفعت رکھتا ہے، کیونکہ ڈائفرام اول الذکر کی بالائی سطح بناتا ہے اور محدب ہوتا ہے، اگرچہ ممکن ہے کہ وہ اٹھا ہوا اور تنفس کے ساتھ غیر متحرک ہو۔ پلیوریائی انصباب کی بالائی سطح مقعر ہوتی ہے۔

تیغ الصدر میں مریض کی شکل و صورت اکثر پھیکی پڑ جاتی ہے، بلکہ وہ علیہ الم (anaemic) ہو جاتا ہے۔ تپش اکثر عادی قسم (hectic type) کی ہوتی ہے اور تبس ۹۸ یا ۹۹ درجہ سے لے کر ۳۰ یا ۳۱ درجہ ہو جاتی ہے جس کے ساتھ قشہ یز یا کثرت پیمہ نکل سکتا ہے۔ لیکن اس وقت بھی جب کہ تپش بالکل درجہ طبعی کی ہو ممکن ہے کہ سینہ پیپ سے بھرا ہوا ہو۔ تیغ الصدر میں سپید خلیوں کی نمایاں کثرت ہوتی ہے۔ ذات الجنب کے دوران میں دفعۃً زیمی نفث واقع ہو جانا اس امر کی ایک اہم دلالت ہے کہ ایک ایسا تیغ الصدر موجود ہے کہ جو ایک شعبہ کے اندر پھٹ گیا ہو اور طویل المدت اصابتوں میں انگلیاں موٹی پڑ جاتی ہیں یا گرز شکل (clubbed) ہو جاتی ہیں۔ دیوار سینہ کا اذیبا مصلی انصبابات کے نسبت تیغ الصدر میں زیادہ کثیر الوقوع ہوتا ہے، لیکن وہ ان دونوں حالتوں میں سے کسی ایک کی بھی استدائی امارت نہیں۔ تیغ الصدر کے اوپر والی دیوار سینہ دبانے سے ایمر پائی جاسکتا ہے جو نو عمر بچوں میں کھانسی تھیر (dyspnoea) قے اور لاغری کا یکجا پایا جانا تیغ الصدر پر دلالت کرتا ہے۔

ذات الجنب کے علاوہ دوسرے اسباب، یعنی مقامی اور کلی استقواء کے باعث بھی کہفہ پلیوریائی کے اندر مصل موجود ہو سکتا ہے۔ طبعی امارات مائل ہوتے ہیں لیکن یہ حالت جسے (استقواء صدی) (hydro-thorax) کہتے ہیں عموماً مزین قلب

یا مرض برائٹ یا سینہ کے اندر کی بالید کا دباؤ عروق پر پڑنے کے بعد واقع ہوتی ہے۔ اور ذات الجنب کے ساتھ جو عمومی متلازمات ہوتے ہیں وہ اس میں موجود نہیں ہوتے۔ عاداتاً صائبوں کو چھوڑ کر دوسری تمام صائبوں میں تشخیص کی لغزشیں اتنی کثیر التعداد ہیں کہ ایک مناسب سوئی اور پچکاری کے ذریعہ جلد ہی استقصاء (exploration) کے ذریعہ فیصلہ کرنا چاہئے۔ اس میں ایک مزید فائدہ یہ ہے (جو صرف اسی سے حاصل ہو سکتا ہے) کہ سیال کی نوعیت دریافت ہو جاتی ہے اور خرد بینی اور جرثومیاتی امتحان کے لئے مادہ بھی حاصل ہو جاتا ہے۔ معمولی انصبابات (passive effusions) استقصاء سے صدری (hydrothorax) میں بڑے سرطانی خلیوں کی تعداد زیادہ ہوتی ہے، لیکن لف خلیے بھی موجود ہو سکتے ہیں۔ ذات الجنب کی اقسام ساریہ میں جو بنتے سببیہ یا بنفقدیویہ کے سبب سے ہوں، کثیر الاشکال نواتی (polymorphonuclear) اور بڑے یک نواتی (large mononuclear) سپید خلیے زیادتی کے ساتھ پائے جاتے ہیں۔ تدریجی ذات الجنب میں لف خلیوں کا اکثر غلبہ رہتا ہے، لیکن کثیر الاشکال نواتی خلیے بھی اکثر موجود رہتے ہیں۔ خون آلود انصباب کا عام ترین سبب تدرن ہے، لیکن خون آلود انصباب بالید کے ساتھ بھی ہوتا ہے۔

اگر پلئوریٹ مصل سے عضویوں کی کاشت براہ راست نہیں کی جاسکتی، اور اگر مصیبت درنیا کا مصل ہونا ممکن نہ ہو، تو مصل کا درنی الاصل ہونا ایک گینی پگ کی تطعیم (inoculation) کر کے ثابت کیا جاسکتا ہے۔

جیسا کہ محدود المقام ذات الجنبوں کے علامات کے بیان میں اشارہ کیا جا چکا ہے، ان کی تشخیص نہایت مشکل ہو سکتی ہے۔ واسطی ذات الجنب (mediastinal pleurisy) کا واسطی سلما (mediastinal growths) کے ساتھ خلط ملط ہو جانا ممکن ہے، خواہ یہ خبیث سلما ہوں یا لمغائی غدی (lymph-adenomatous)۔ لیکن اول الذکر کی سرگزشت مرض عموماً بہت تھوڑے عرصہ کی ہوتی ہے، اور حملہ مرض سرریع ہوتا ہے۔ تمام اصابتوں میں لاشعاعوں سے مدد مل سکتی ہے۔

انذار۔ ذات الجنب بغیر انصباب کے ہو یا مصلی فائبرینی انصباب کے ساتھ ہو، اس کی بیشتر اصابتیں یا تو دوائی علاج سے، یا مابغ خارج کر دینے کے بعد

شفا یاب ہو جاتی ہیں، لیکن ممکن ہے کہ اُن کی سرگزشت ابعد اکثر ناموافق ہو۔ دوسرے کم کم بچوں میں تقيج الصدر نہایت ہی ہلکے ہوتا ہے۔ صرف ۲۵ فی صدی شفا یاب ہوتے ہیں (40)۔ یہ اس وجہ سے ہے کہ اکثر وہ ایک عمومی خفّی ریوی سرایت کا ایک ہی مظہر ہوتا ہے، اور یہ سرایت ہم زماں طور پر ذات الریہ، التهابِ مأمود (pericarditis) وغیرہ بھی پیدا کر دیتی ہے۔ نسبتاً بڑے بچوں میں تقيج الصدر عموماً ذات الریہ کے بعد ہوتا ہے اور وہ سری کوئی پیچیدگی نہیں جوتیں، لیکن اندازاً چھما بلکہ بالغوں سے بہتر ہوتا ہے، اور پیپ جس قدر جلد خارج کر دی جائے وہ اسی قدر زیادہ امید افزا ہوتا ہے۔ یہ غالباً اس وجہ سے ہے کہ بچوں میں مریضوں کی غالب تعداد خفّی ریوی جوتی ہے، درآئیں لیکہ بالغوں میں زیادہ مریض خفّی کسبی ہوتے ہیں۔ اگر خفّی ریوی تقيج الصدر التهابِ مأمود (pericarditis) سے پیچیدہ ہو جائے، جیسا کہ اکثر ہوتا ہے، تو اندازاً خراب ہوتا ہے۔ لیکن ایسی بعض اصابتیں شفا یاب جوتی ہیں۔

علاج۔ اگر ذات الجنب مدّتی ہو، تو ریوی تدریج کے عنوان کے تحت بیان کردہ عام علاج کرنا چاہئے۔

پسی ہوئی اسی کی پلٹسوں (linseed meal poultices)، اینٹی فلاجسٹین (antiphlogistin) یا ترموجن وول (thermogen wool) کے لگانے، اور افیون یا مورفیا (morphia) کے داخلی استعمال، یا مارفیا کے تحت الجلدی استعمال سے درد میں تخفیف کی جا سکتی ہے۔ درد کے مقام پر چھالے ڈالنے (blisters) جو نکس (leeches) لگانے یا مجمر (cupping) استعمال کرنے سے بھی عموماً تسکین جوتی ہے۔ ماؤف جانب کو اگر بند کشیدہ (strapped) کر دیا جائے تو اس ذریعہ سے تنفسی حرکات کی روک تھام ہو جاتی ہے، درد کم ہو جاتا ہے، اور غالباً التهابی فعل بھی کسی حد تک رُک جاتا ہے۔ ایک نہایت ہی عمدہ متبادل طریقہ جس کو سر چارلٹن بریسکو (Sir Charlton Briscoe) نے اختراع کیا ہے یہ ہے کہ ایک میٹھی (belt) سینہ کے

لے یہ میٹھی برائٹس اینڈ ایولین، وگمور سٹریٹ ڈیلیوولی (Brice and Evelyn. Wigmore Street, W I) سے مل سکتی ہے۔



گرد نہایت منبوطی کے ساتھ باندھ دی جائے۔ تندرست جانب پر پیٹی میں ایک پتیل کی کمانی داخل کر دی جاتی ہے تاکہ شہیق کے ساتھ پھیلاؤ ممکن ہو جائے۔ بند کشیدگی (strapping) چوڑی دھجیوں کی صورت میں کرنی چاہئے جو ریڑھ کی ہڈی سے لے کر عظم القفس تک لگی ہوئی ہوں اس طرح پر کہ مبادلہ دھجیاں ترچھے رخ میں اوپر کے طرف اور ترچھے رخ میں نیچے کے طرف جائیں یہاں تک کہ ساری جانب ڈھک جائے۔ مریض کو بے حرکت رکھنا چاہئے۔ اگر انصباب واقع ہو جائے تو مسکنات (anodynes) کی ضرورت کم ہوگی، اور مالحات (salines) جیسے کہ ایسیٹ آف پوٹاشیم (acetate of potassium) اور سائٹریٹ آف پوٹاشیم (citrate of potassium) یا ایسیٹ اور سائٹریٹ آف امونیم (acetate of ammonium) & citrate of ammonium دئے جاسکتے ہیں۔ ان کا اثر یہ ہوتا ہے کہ جلد اور گروے کے اخراجات (excretions) زیادہ ہو کر انصباب شدہ سیال کے جذب میں مدد دیتے ہیں۔ کچھ عرصہ کے بعد آیوڈائنڈ آف پوٹاشیم، اسکیل (squill) یا دوسرے مدرات (diuretics) ملائے جاسکتے ہیں، اور ممکن ہے کہ اسی ضدغرائش (counter-irritation) سے، جیسی کہ ٹیچر یا محلول آیوڈین ماؤف جانب کے اوپر تصبیغ کرنے سے حاصل ہو سکتی ہے، جذب زیادہ ہو جائے۔

تدزنی انصباب کی صورت میں آج کل عام ترین دستور العمل یہ ہے کہ سیال کو صرف اسی وقت خارج کیا جاتا ہے جب کہ وہ بہت زیادہ مقداروں میں موجود ہو۔ یقین کیا جاتا ہے کہ متوسط مقداریں شش کو پچکا کر اور اس کی حرکت کو کم کر کے حقیقتہً مفید ہوتی ہیں، اسی اصول کے مطابق کہ جس اصول کے مطابق مصنوعی اترواح الصدر (artificial pneumothorax) مفید ہوتا ہے۔ اگر قلب دوسری جانب کو دھکیل دیا گیا ہے یا اگر سینہ کی ایک جانب کے بیشتر حصہ پر مطلق اصمیت (absolute dulness) موجود ہے تو ایک مینزل اور قنولچہ کے ذریعہ کچھ سیال خارج کر دینا چاہئے۔ بہترین قاعدہ یہ ہے کہ اُسے اُس وقت تک نکالنے دیا جائے جب تک کہ اس کا دباؤ کرہ ہوائی کے دباؤ سے نیچے نہ ہو جائے، یعنی جب تک کہ وہ خود بخود قنولچہ کے باہر نکلنا موقوف نہ کرے۔ وقت بچانے کے لئے اکثر ایک

محاصر (aspirator) استعمال کیا جاتا ہے، یا مانع کو ایک بیغنی عمل (syphonage) کے ذریعہ ایک خم پذیر انبوب میں سے بہا کر ایک طرف میں نکال دیا جاتا ہے جو کہ فرش پر پڑا ہوتا ہے۔ لیکن یا اور رکھنا چاہئے کہ ایسے ذرائع سے مانع کو آبائی ایسی مقدار میں نکالا جاسکتا ہے جو مناسب سے زیادہ ہوتی ہے۔ ایک تازہ طریقہ یہ ہے کہ سیتال کی جگہ مواد داخل کر دی جائے۔ شش کو پھیلائے میں سادہ تنفسی ورزشوں سے بڑی مدد حاصل کی جاسکتی ہے۔ مریض کو متواتر وقفوں سے گہری سانس لیننی چاہیے اور مزاحمت کے خلاف باہر کو پھونکنا بھی چاہئے۔

اگر سونی سے استقصاء (exploration) کرنے پر ظاہر ہو کہ مانع بری ہے (تیغ الصدر) تو توجراح کو چاہئے کہ ایک مقامی یا عام معدوم حس (local or general anesthetic) استعمال کر کے آزادانہ شکاف دے اور پہلی کا ایک ٹکڑا قطع کر کے پیپ کو باہر بہنے دے۔ دو سال سے کم عمر والے بچے پسلی کے جزوی استیصال (rib resection) کی برداشت اچھی طرح نہیں کر سکتے۔ ایک مینزل (trocar) کے ذریعہ ایک قنولہ (cannula) داخل کیا جاسکتا ہے اور اسے جسم کے گرد فیتے لگا کر ٹھیک وضع میں باندھ دیا جاسکتا ہے۔ ایک ربر کی ٹی جو قنولہ میں ٹھیک بیٹھ جائے، تیغ الصدری کہنے کے اندر داخل کی جاتی ہے اور اس کے مشمولات کو ایک وینر دیواروں والی صراحی (flask) کے اندر خالی کر لیا جاتا ہے، اور ایک مقطاری پمپ (filter-pump) یا کسی دوسری ترکیب کے ذریعہ مستقل امتصاص (suction) قائم رکھا جاتا ہے (41)۔ طویل المدت مغفول تیغ الصدری اصابتوں میں باوجود آزادانہ میلیت (free drainage) کے کہنے سے پیپ کا افراز جاری رہتا ہے اور زخم بند نہیں ہوتا۔ اگر یہ زیادہ عرصہ تک ہوتا رہا تو چریشی مرض (lardaceous disease) کا اندیشہ ہونا چاہئے۔ ایسی حالت میں تین طریقہ اُسے عمل ممکن ہیں: ۱۔ (۱) کہنے کو یوسال (eusol) کے ذریعہ دھو کر صاف کیا جائے، یہاں تک کہ اس کے مشمولات جرثومیاتی طریقہ سے امتحان کرنے پر عملاً ختم (sterile) ملیں۔ کیاریل کا مسلسل میلیت کا طریقہ (Carrel's method of continuous drainage) کام میں لایا جاسکتا ہے۔ پھر زخم کو بند

ہونے دیا جائے تاکہ مریض ایک مستقلاً عقیم استرواح الصدر (sterile pneumothorax) حاصل کر لے۔ معمولی حادثی تنقیع الصدر میں کبفہ کو تھوڑا ہی بہترین ہے، کیونکہ پلیئورائی معکوس غشیان (pleural reflex syncope) کے باعث اموات کا اندراج ہوا ہے۔ یہ ہلاکت غالباً عصب تانیہ کے امتناع (vagal inhibition) کے باعث ہوتی ہے جو مہذب پلیورائی خراش کی وجہ سے واقع ہو جاتا ہے۔ مریض انصابتوں میں یہ ظاہر یہ خطرہ نہیں موجود ہوتا۔ (۲) ایک خاصہ وسیع جراحی عملیہ انجام دیا جائے جس میں پلیوں کی اتنی کافی تعداد کا جزوی استیصال (resection) عمل میں لایا جائے کہ جس سے ہاتھ سینہ کے اندر داخل ہو سکے۔ دبیز خانی پلیورا (visceral pleura) چھیل لیا جاتا ہے (تقتیر = decortication) اور پھینچا بہ سرعت پھیل کر کبفہ کو پُر کر دیتا ہے۔ (۳) ترقیع الصدر (thoracoplasty) کا عملیہ (ملاحظہ ہو صفحہ ۱۷۵)۔

یہ مسئلہ اکثر پیش آتا ہے کہ آیا حادثی پلیورائی انصابت کی انصابتوں میں جو نبتہ سبجیہ کے باعث ہوں، جراحی عملیہ کرنا چاہئے، مثلاً اس وقت جب کہ سیال کسی قدر گندلا ہو اور خورد بینی امتحان کرنے پر اس میں کثیر التعداد کثیر الاشکال نواتی خلیے (polymorphonuclear cells) موجود پائے جائیں۔ اس کا جواب یہ ہے کہ جزوی استیصال ضلعی (rib resection) محض اُسی وقت عمل میں لانا چاہئے جب کہ حقیقی ریم موجود ہو، لیکن گندلا سیال اگر مقدار کثیر میں موجود ہو تو اُسے بذریعہ امتصاص (aspiration) خارج کیا جاسکتا ہے۔ کمپ لی، وا (Camp, Lee, Va.) کے مقام پر امریکی مشاہدات سے اس طریقہ عمل کا فائدہ اُن نتیجہات الصدر میں معلوم ہو گیا جو خون پافش (haemolytic) نبتہ سبجیہ کی وجہ سے ہوئے تھے۔ ابتدائی انصابتوں میں ذات الجنب کے ساتھ اکثر ذات الریہ موجود ہوتا ہے۔ مزید برآں اگر جزوی استیصال ضلعی کا عملیہ زیادہ ابتدائی درجہ میں عمل میں لایا جائے تو ممکن ہے کہ زخم سرایت زدہ ہو کر عفونتہ اذہم (septicæmia) پیدا کر دے۔ انصابت، گو وہ گندلا بھی ہو، اکثر بلا عملیہ کے صاف ہو جاتا ہے۔ اس کے برعکس یہ بھی ممکن ہے کہ دو یا تین ہفتوں میں پیپ نویاب ہو جائے۔ ایسی حالت میں جزوی استیصال ضلعی (rib resection) عمل میں لانا چاہئے۔ تنقیع الصدر کے جراحی

علاج کے دوران میں مریض کو ہر طریقہ سے عمدہ غذا، خوشگوار ہوا، اور مقوی دوائی  
مثلاً کونین (quinine) اور لوہے سے ہما ماد دینا چاہئے۔

## استقاء الصدہ

(HYDSOTHORAX)

اس اصطلاح کا اطلاق کھنڈ پلٹیورا کے اندر سیال کے اس اجتماع پر کیا جاتا ہے، جو التهاب کا نتیجہ نہ ہو بلکہ مرض قلب یا مرض برائٹ یا کبیت مگر (cirrhosis of the liver) کا نتیجہ ہو یا سینہ میں بالید کی وجہ سے دوران خون میں مداخلت واقع ہونے سے پیدا ہو جائے۔ یہ فی الحقیقت کھنڈ پلٹیورا کا استقاء ہے، اور اس سیال میں اس سے کم البیومین اور کم فائبرینوجن (fibrinogen) موجود ہوتا ہے کہ جتنا ذات الجنب میں ہوتا ہے۔ اس کے طبی امارات پلٹیورائی انصباب کے طبی امارات سے مشابہ ہوتے ہیں، لیکن رگڑ (rub) بلاشبہ غیر موجود ہوتی ہے چونکہ جیسا کہ اکثر ہوتا ہے، یہ ایک عمومی یا مرکزی سبب سے پیدا ہوتا ہے، یہ ذات الجنب کے نعت بہت زیادہ مرتبہ دو جانبی پایا جاتا ہے۔ لیکن کبھی کبھی ایک بہت بڑا ایک جانبی انصباب بھی محض استقاء (dropsy) ہو سکتا ہے۔ استقاء الصدہ کی شناخت کا انحصار عام طور پر سرگزشت مرض (history) اور اس کو یہ کرنے والے امراض کی سابقہ موجودگی پر ہوتا ہے۔ جب یہ سیال نکال لیا جائے تو اس کے اندر موجود رہنے والے طوی عناصر کی نوعیت تشخیص میں مدد ہو سکتی ہے، جیسا کہ ذات الجنب کے عنوان کے تحت بیان کیا گیا ہے۔ اگر اسیٹک آئسڈ (acetic acid) التهابی انصباب میں لایا جائے تو ایک سپید گندلا پن (white turbidity) پیدا ہو جاتا ہے۔ ایک انصباب مجہول (passive effusion) کے ساتھ ایسا نہیں واقع ہوتا۔ اس کا علاج بیشتر ثانوی اہمیت رکھتا ہے، کیونکہ یہ اس کے پیدا کنندہ ضرر کے علاج پر مشتمل ہے۔ چونکہ اگر سیال کو خارج کیا جائے تو اس کا پھر واقع ہونا تقریباً یقینی ہے، لہذا نزل (paracentesis) یا امتصاص (aspiration) صرف

اُسی وقت عمل میں لانا چاہئے جب کہ ایک بہت بڑا انصباب (جو خواہ مرف ایک ہی جانب پر ہو یا دونوں جانبوں پر منقسم ہو) تنفس میں خطرناک طور پر رکاوٹ پیدا کر رہا ہو۔

## صدر دمویٹ

(HÆMOTHORAX)

اس اصطلاح سے مراد خون کا وہ انصباب ہے جو بڑی مقدار میں کہنہ پٹیورا کے اندر ہو۔ اس کا استعمال محض ان خون آلود مصلی انصبابات کے لئے نہیں کیا جاتا جو ذات الجنب میں اس قدر عام ہیں۔ صدر دمویٹ عموماً زخموں، تضرعات یا صدری آنورسما (thoracic aneurysm) کے انشقاق سے پیدا ہو جاتی ہے۔ زخموں کی حالت میں زندگی کو سب سے بڑا خطرہ باہر سے خون کے سرایت زدہ ہو جانے سے ہوتا ہے۔ بعض اوقات یہ تدرن پٹیورا میں واقع ہوتا ہے، یا ایک پل ریوی کے کہنہ (phthisical cavity) کے اندر ایک ریوی عرق کے انشقاق اور ازاں بعد پٹیورا کے اندر خون کی وعاہداری (extravasation) سے واقع ہو جاتا ہے۔ مستثنیٰ اصابتوں میں یہ ایک نفاخی آبلہ (emphysematous bulla) کے پھٹ جانے سے (Newton Pitt) یا کہنہ جگر ذراتی گروے (granular kidney) یا متع قلب (dilated heart) کے ساتھ پائے جانے والے انحطاط یافتہ عروق سے یا خبیث مرض (malignant disease) سے واقع ہو جاتا ہے۔ اور بعض اوقات یہ اولی (primary) معلوم ہوتا ہے، اور اس کے مبداء کی توجیہ کبھی نہیں ہوتی۔ طبیعی امارات کہنہ پیورائی کے اندر مایع کی موجودگی کے ہوتے ہیں۔ زخموں کے بعد پیدا ہو جانے والی صدر دمویٹ میں اُسی جانب کا ڈانفرام بلتہ اوپر بے حرکت ہوتا ہے۔ شش بہت پیکا ہوا ہوتا ہے، اور سیال سے اوپر بہت ڈھیلا ہوتا ہے جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ اسکو ڈانی لگ (Skodaic resonance) خاص طور پر نمایاں ہوتی ہے۔

تشخیص کا انحصار انورسما کی حالت میں بہت سرگشتہ پر اور اُس غشیان (syncope) اور شحوب (pallor) پر ہوتا ہے، جو خون کے سریع الوقوع ضیاع پر دلالت کرتے ہیں۔ ممکن ہے کہ صدر و مویت صحت انتقصاء (exploration) کرنے پر پائی جائے۔ علاج - اگر مایع کو بندینہ امتصاص (aspiration) خارج کیا جائے تو اُسکے دوبارہ پیدا ہو جانے کا بہت امکان ہوتا ہے۔ اور غالباً بہتر یہی ہے کہ اگر خون رات و باؤ پیدا کر کے تکلیف کا باعث نہ ہو تو اُسے جذب ہونے کے لئے علیٰ حالہ چھوڑ دیا جائے۔ زخموں کی حالت میں ایک متوسط صدر و مویت کو زخم لگانے کے ایک ہفتہ کے بعد منتقل کے ذریعہ خارج کیا جاسکتا ہے اور بجائے اُس کے آسپین داخل کر دینا اکثر فائدہ مند ہوتا ہے۔ عفونی صدر و مویت کے لئے آزارانہ مسیت (free drainage) کی ضرورت ہوتی ہے۔

## کیلوں صدی

(CHYLOTHORAX)

شاذ اماتوں میں کہفہ پلئورائی کے اندر کا انصباب پیدا اور دودھ جیسا ہوتا ہے، اُن سیالات کے مانند جو بعض اوقات کہفہ باریطونی میں موجود ہوتے ہیں۔ بعض اماتوں میں یہ حقیقی کیلوں صدی ہوتی ہے، اور بعض میں ایک کیلوں صدی نما انصباب (chyloform effusion) جس میں لبنی منظر کیلوں صدی (chyle) کے شمی عناصر کی وجہ سے نہیں بلکہ لیسیتھین (lecithin) کے ایک مرکب کے ذرات کے باعث ہوتا ہے (ملاحظہ ہو استقائے شکلی کیلوں صدی = Chylous Ascites)۔ اس کے اسباب وہی ہیں جو باریطون کی حالت میں ہوتے ہیں۔ سینہ میں قناتہ صدی (thoracic duct) کو تضار پہنچ جانے سے کیلوں صدی و مویت (chylo-hæmothorax) کی اماتوں کا اندراج ہوا ہے۔

## استرواح الصدر

(PNEUMOTHORAX)

امراضیات - کہنفہ پٹیورا کے اندر ہوا کی موجودگی استرواح الصدر کہلاتی ہے۔ اگر اس کے ساتھ مصل بھی موجود ہو تو یہ آبی استرواح الصدر (hydro-pneumothorax) کہلاتی ہے۔ اگر ہوا کے ساتھ پیپ بھی ہو تو یہ بھی استرواح الصدر (pyo-pneumothorax) کہلاتی ہے اگر ہوا کے ساتھ خون ہو تو دموی استرواح الصدر (hæmo-pneumothorax) کہلاتی ہے۔

کہنفہ پٹیورائی کے اندر ہوا حسب ذیل طریقوں سے داخل ہو سکتی ہے:-  
(الف) دیوار سینہ کے اندر کے کسی سوراخ کی راہ سے، (ب) سطح شش کے کسی تفرق کی راہ سے، یا (ج) کبھی کبھی قرب وجوار کے کسی ایسے حثاء کے انشقاق سے جو ہوا پر مشتمل ہو۔ (الف) استرواح الصدر پہلو کے ہر ایسے زخم سے پیدا ہو سکتا ہے جو دیوار سینہ کی ساری دبا زت میں ہو کر گذرتا ہو۔ مصنوعی طور پر یہ اس وقت پیدا ہو جاتا ہے جب کہ تقيج الصدر کے لئے پہلی کا جزوی استیصال کیا جاتا ہے (ری استرواح الصدر = pyo-pneumothorax) یا جب سُل ریوی کا علاج مصنوعی استرواح الصدر (artificial pneumothorax) پیدا کر کے کیا جاتا ہے۔ (ب) جب ایک کمزور پہلی پٹیورا کی دونوں تہوں کو اس طرح مشقوب کر دیتی ہے کہ وہ آہستہ سے کہنفہ پٹیورا کے اندر داخل ہو جاتی ہے، تو بھی یہ حالت پیدا ہو جاتی ہے۔ اگر حالیکہ جلد سالم رہتی ہے۔ سطح شش کے انشقاق سے خود بخود واقع ہو جانے والے استرواح الصدر کی دس اصابتوں میں سے نو ایسی تھیں جو سُل ریوی کے باعث پیدا ہوئیں جب کہ ایک کہنفہ (vomica) عمل تفرج کے فدیہ کہنفہ پٹیورائی میں کھل گیا تھا اور نسبتہ کم عام طور پر ایک تقيج الصدر پٹیورا کے اندر سے نکل کر شش میں پہنچ جاتا اور ہوا پٹیورائی تاجہ میں داخل ہو کر ایک ری استرواح الصدر پیدا کر دیتا۔  
ذات الریہ میں پٹیورا کا مشقوب ہونا معلوم ہوا ہے جس کا نتیجہ یہ ہے

باہر نکل کر ایک استرواح الصدر بن گیا ہے۔ اور شش کا تعلق الدمی خراج (pyaemic abscess) یا اس کی انگڑمیں ایک مماثل نتیجہ پیدا کر سکتی ہے، یا ممکن ہے کہ ایک نفاخی آبلہ (bullae) پھوٹ جائے۔ بارہا ایک بالکل تندرست شخص میں انشقاق شش سے جو غالباً کسی قسم کے یکایک زور لگانے کا نتیجہ ہو، استرواح الصدر (نیو موٹھوریکس) خود بخود واقع ہو جاتا ہے۔ (ج) شوک کا یا دواسط کا پھوڑا (spinal or mediastinal abscess) پلیئوراکے اندر نقب لگا دے تو نتیجہ یہ ہو سکتا ہے کہ پلیئوراکے اندر ہوا بھی داخل ہو جائے۔ اسی طرح معدے کا قرحہ یا سرطان، یا مری کا سرطان، غذائی قنال سے ہوا کو داخل کر سکتا ہے۔

استرواح الصدر کو اس کے پیدا کنندہ فتحہ کی حالت کے لحاظ سے مفتوح (open) 'مسدود' (closed) یا مصراعی (valvular) کہہ سکتے ہیں۔

مفتوح استرواح الصدر (open pneumothorax)۔ جب کسی بیرونی زخم سے ہوا سینہ کے اندر داخل ہو جاتی ہے اور زخم مفتوح رہ جاتا ہے تو شش خود اپنی لچک کی وجہ سے پچک جاتا ہے۔ اور نہ صرف زخمی شدہ جانب کا شش، بلکہ ممکن ہے کہ مقابل کا شش بھی کسی قدر منقبض ہو کر اپنے ساتھ واسطہ کو کھینچ لے۔ اس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ احشا کی کیفیت جانجی غیر وضعیت (lateral displacement) واقع ہو جاتی ہے، ٹھیک اسی طرح جس طرح کہ سیال انصباب کی صورت میں ہوتا ہے۔ جب سل ریوی کے کنبہ کا انشقاق اس طرح واقع ہو کہ روزن غیر مسدود رہے اور تاجہ پلیئورائی شعبی انجوبات سے مرتبط رہے تو ایسی صورت میں بھی استرواح الصدر واقع ہو جانے سے غیر وضعیت واقع ہوتی ہے۔ ان دونوں حالتوں میں استرواح الصدر میں ہوا کا واسطہ باؤکرہ ہوائی کے دباؤ کے برابر ہوتا ہے۔

مسدود استرواح الصدر (closed pneumothorax)۔ جب روزن چھوٹا ہوتا ہے تو ممکن ہے کہ وہ لطف سے بہ سرعت مسدود ہو جائے۔ ایسا ہونے سے مزید و عابداری رک جاتی ہے اور ممکن ہے کہ جو اتنا مہر جذب ہو جائے کہ مسدود ہڈی سے پلیئوراک کی دریدگی (laceration) ہو جانے کی مثالوں میں 'او'



بعض اوقات مرض شش کی وجہ سے واقع ہونے والے استرواح الصدر میں یہی صورت پیش آتی ہے۔ مسدود استرواح الصدر میں محبوس ہوا کا تدریج ترقی پذیر جذب واقع ہوتا ہے۔ دباؤ منفی ہوتا ہے، اور احشاء کی غیر وضعت (جبکہ دیگر اموات مساوی ہوں) اس سے کم ہوتی ہے کہ جتنی مفتوح استرواح الصدر میں ہوتی ہے۔  
مصراعی استرواح الصدر (valvular pneumothorax)۔

ایک تیسرا امکان یہ ہے کہ پٹیورائی جھلی یا ملف کی ایک دوہری وزن پر لٹکتی رہتی اور اس طرح ایک مصراع (valve) بنا دیتی ہے۔ ایسی صورت میں شش (inspiration) کے ذریعہ سے ہوتا چہ پٹیورائی کے اندر کھینچ آتی ہے لیکن دورانِ غیر (expiration) میں باہر نہیں جاسکتی۔ اوسط دباؤ مثبت ہو جاتا ہے، یعنی کرہ ہوائی کے دباؤ کے نسبت زیادہ بڑھ جاتا ہے، اور ممکن ہے کہ احشاء کی غیر وضعت (displacement) اور سینہ کا انتفاخ (distension) انتہائی درجہ کا ہو جائے۔ اس طرح سے ممکن ہے کہ قلب مقابل کی جانب کو بہت دور تک دھکیل دیا جائے، اور ڈائفرام کے تسطح (flattening) اور ارتکاس (inversion) کے باعث جگر یا طحال بھی نیچے ہٹ جائے۔ ممکن ہے کہ دوسرے روزوں کی طرح مصراعی وزن بھی انضمامات (adhesions) سے مسدود ہو جائے۔

191

ہبوط شش اور احشاء کی غیر وضعت کی مقدار مختلف اصابتوں میں شش کی مابقت حالت سے اثر پذیر ہوتی ہے۔ اگر شش سہل روی میں وسیع طور پر مرضی ہو یا بیشتر حصے میں منضم (adherent) ہو تو ہبوط بہ نسبت اُس وقت کے جب کہ وہ بیشتر حصے میں تندرست ہو کم ہوگا۔

طبعی امارات۔ گنگ (resonance) کا انحصار ایک کہف کی موجودگی پر اور ایسی پتھار دیواروں کی موجودگی پر ہے جو ہوا کی موجوں کے ساتھ ہم آہنگ ہو کر مرتعش ہونے کی قابلیت رکھتی ہوں (ملاحظہ ہو صفحہ 122)۔ دیواروں کی جگہ زیادہ تر کہف کے اندر کی ہوا کے دباؤ پر منحصر ہے۔ اگر دباؤ بہت بلند ہو جیسے کہ مصراعی استرواح الصدر (valvular pneumothorax) میں، تو سُر مہم ہوتا ہے۔ نیز وہ اُس وقت بھی اصم ہو سکتا ہے جب کہ داخلی دباؤ کرہ ہوائی کے

دباؤ کے برابر ہو، جیسا کہ قتیق الصدر کے لئے جزوی اتصال ضلعی کرنے کے بعد ہوتا ہے۔ سازگار فشاری حالات میں خواہ یہ فشار کرہ ہوا کے نسبت زیادہ یا کم ہو، قریع کرنے پر ایک تبدیلی حاصل ہوتا ہے اور اس کے ساتھ حرو و نحاسی (bruit d'airain) یا صوت جوی (bell sound) بھی ہوتی ہے (ملاحظہ ہوں صفحات 123، 127) اور نہایت سازگار حالات میں ایک دھاتی جھنکار (metallic tinkling) ہوتی ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 125)۔ یہ امر کہ حرو و نحاسی (bruit d'airain) کا انحصار کہنے کی دیواروں کی لچک پر ہوتا ہے، اور خود لچک مشمولہ ہوا کے دباؤ پر منحصر ہوتی ہے، طالب علم صوب ذیل طریقہ سے معلوم کر سکتا ہے۔ وہ اپنا منہ بند کر کے اپنے کال پھلاتا ہے اور کال پر ایک ٹکر رکھ کر اسے دوسرے سکے سے ٹھوکتا ہے۔ اگر منہ کے اندر کی مجوس ہوا پر گالوں سے صحیح طور پر دباؤ ڈالا جائے تو ایک موسیقی آواز پیدا ہو جاتی ہے۔ ایک دوسری میٹیز آواز پیدا ہونے کی وجہ یہ ہے کہ سیال تینہ کے بالائی حصہ سے سینہ کے حصہ زیریں کے باج کے اندر ٹپکتا ہے۔ یہ آواز تقریباً موسیقی صفت کے ساتھ گونج اٹھتی ہے۔ تنفسی زبر (respiratory murmur) اکثر بالکل غیر مسموع رہتا ہے، یا خفیف قدری تنفس (amphoric breathing) موجود ہوتا ہے۔ قدری تنفس شش کے مہبوط کے باعث ہو سکتا ہے یا اس روزن کے باعث جو ایک شعبہ سے کھل کر استرواح الصدہ کے اندر جاتا ہے۔ لیکن ایک خفیف تر آواز کا وقوع اس وقت بھی ممکن ہے جب کہ انضمامات نے شش کو کہنے پلئورائی کی طرف سے سدود کر دیا ہو، صوتی گمک (vocal resonance) اور لمسی ارتعاش (tactile vibration) عموماً بہت کم ہو جاتے ہیں، لیکن شعبہ صوتی (bronchophony) یا صدر کلامی (pectoriloquy) اس وقت موجود ہو سکتی ہے جب کہ قدری تنفس موجود ہو۔ اگر ساتھ ہی باج انصاف بھی موجود ہو تو وہ تمام حالات میں سینہ کے افضل ترین حصے میں بذریعہ تجاذب جمع ہو جاتا ہے۔ اگر مریض لیٹا ہوا ہو تو سینہ کا پچھلا حصہ احم (dull) اور اگلا حصہ تبدیلی (tympanitic) ہو جاتا ہے۔ اب اگر مریض اٹھ کر بیٹھ جائے تو سینہ کا افضل حصہ آگے اور نیچے احم ہو جاتا ہے۔

اور بالائی حصہ آگے اور پیچھے لگک دار ہوتا ہے۔ اگر ہزہ بقراط (Hippocratic succussion) کا استعمال کیا جائے تو جھلکنے کی آواز (splashing sound) حاصل ہوگی (ملاحظہ ہو صفحہ 126)۔

استرواح الصدر کے علامات نہایت تغیر پذیر ہوتے ہیں، اور ان کا انحصار باقی مرض کی مقدار پر ہوتا ہے اگر استرواح الصدر ایک ایسے شش پر طاری ہو جائے جو وسیع طور پر مرضی ہے تو ممکن ہے کہ وہ اس تکلیف میں جو کہ پہلے ہی موجود ہے نہایت خفیف سا اضافہ کرے۔ اگر وہ ایسے شش میں واقع ہو جو بیشتر یا تمام تر تندرست ہو تو علامات بہت نمایاں ہوں گے اور بالآخر اگر سل ریوی کی ایک ایسی احابت میں جس میں ایک جانب پر وسیع مرض موجود ہے دوسری جانب پر استرواح الصدر واقع ہو جائے تو ممکن ہے کہ نتیجہ بہ سرعت حملک ہو جائے۔ علامات شدید احابتوں میں یہ ہوتے ہیں :- ناگہانی درد اور اس کے ساتھ یہ احساس کہ گویا اندر کے طرف کوئی چیز ٹوٹ گئی ہے، یہ وقت تنفس کم و بیش رہوٹا، نبض صغیر، کبودی اور سینہ کا آنا۔ تالس تیز ہو جاتی ہے۔ ماوف جانب پر سینہ پھولا ہوا ہوتا ہے اور میں الاطاع فضائیں شہق پر ریت ہو جاتی ہیں۔

ممکن ہے کہ یہ تکلیف بڑھتی رہے حتیٰ کہ چند گھنٹوں یا دو تین دنوں تک موت واقع ہو جائے یا ابتدائی شدید علامات میں تخفیف ہو کر اس کے بعد نسبتاً آرام معلوم ہو، لیکن عموماً ساتھ تیز سانس اور انتصابی تنفس (orthopnea) موجود رہتا ہے

تشخیص - گنگ دار آواز اور اس کے ساتھ قلت بصوات سس رہا۔ ششجی تنفس تشخیص کے طرف اشارہ کرتے ہیں، لیکن لاشعاعوں کے بغیر غلطی کا عالم طور پر ہوتی ہیں۔ لاشعاعیں شفافیت (جو کہ فیٹورائی کے اندر ہوا وجود پر مشتمل ہے) سے ہوتی ہے، پچکا ہوا شش اُسی جانب کو نیچے ہٹا ہوا، انفرادی جگہ سے ہٹا ہوا غلب ظاہر کرتی ہیں (ملاحظہ ہو صفحہ ۱۶۷)۔ استرواح الصدر میں سیستال کی موجودگی اس وقت نہایت تمیز لاشعاعی منظر پیدا کرتی ہے جب کہ مریض کا امتحان انتصابی وضع میں کیا جائے، کیونکہ سیال غیر شفاف ہوتا ہے۔



الف۔ آبی استنہ واج الصد زک جس یں سیال کالیول دکھایا گیا ہے۔

ب۔ ڈانفرامی فٹق اور پورے معدہ کا اوپر کھینچ آنا۔ (یہ شعاع نگاشتیں  
مسٹر لنڈتے لاک نے لی ہیں)

اور اس کی بالائی سطح ایک افقی خط ہوتی ہے، لیکن اس کے اوپر ہوا کی وجہ سے ثقلیت ہوتی ہے (ملاحظہ ہو صفحہ ۹ الف) مغزید برآں جسم کو جھکانے پر بھی سستیال کی سطح بہ طور افقی رہتی ہے۔ ڈائفرامی فتق (diaphragmatic hernia) یعنی ڈائفرام کے وزن کی راہ سے معدہ یا قولون کا صدر کے اندر بھل جانا اپنے طبعی امارات میں استرواح الصدر سے قریبی مشابہت رکھتا ہے اور مثل طریقہ سے یعنی سینہ کی گرفتگی (contusion) کے باعث پیدا ہو سکتا ہے۔ بائیں شش کے انقباض کی وجہ سے سینہ میں معدہ کی غیر معمولی طور پر بلند و منع قیام ہونا اور ڈائفرام کے نیچے ایسا خراج ہونا جس میں ہوا ہو (زیروڈائفرامی استرواح الصدر = subphrenic pneumothorax) (صفحہ ۲۲ الف صفحہ 407)۔ یہ بھی استرواح الصدر سے مشابہت رکھتے ہیں۔

انذار۔ یومی میں استرواح الصدر کا خود بخود وقوع فی الجملہ ایک اچھا واقعہ ہے اور اس کے بعد مریضوں کی حالت میں اصلاح نظر آتی ہے (ملاحظہ ہو مصنوعی استرواح الصدر = artificial pneumothorax) دوسری صورتوں میں انذار مناسب معالجہ کے ساتھ فی الجملہ اچھا ہوتا ہے، اگرچہ اس کا انحصار حالات پر ہوتا ہے جو کہ ساتھ پائے جاتے ہیں۔

علاج۔ یہ بیشتر تخفیفی (palliative) ہوتا ہے۔ فتق کے ساتھ جو شدید درد اور تکلیف ہوتی ہے اس کے ازالہ کے لئے انیون کا استعمال یا مارفیا (پاتا پاتا گریز) یا تحت الجلدی اشراب کرنا چاہئے اور گرم پولٹیس اور تکیدات (fomentations) کا بآہستگی استعمال کرنا چاہئے۔ بہتجات جیسے کہ شراب انگوری (wine) براہی یا ایتھر کی ضرورت بھی لاحق ہو سکتی ہے۔ مگر ہے کہ انتہائی استخاخ کی حالتوں میں بزل (paracentesis) عمل میں لانا پسندیدہ ہو جس کے لئے مکملی رقبہ پر پلسیوں کے درمیان ایک مینزل (trocar) اور قنولہ (cannula) داخل کر کے ہوا کو باہر نکلنے دیا جاتا ہے یہاں تک کہ دباؤ کرہ ہوائی کے دباؤ کے برابر پہنچ جاتا ہے۔ اس سے جو آرام حاصل ہوتا ہے وہ عموماً محض عارضی ہوتا ہے اور مگر ہے کہ بزل کو دہر کرنا پڑے۔ اس کے قیادل طریقہ یہ ہے کہ ایک مصرامی استرواح الصدر

سپرنگل (Sprengel) کا تقطیری پمپ (filter pump) استعمال کر کے ایک مستقل منفی دباؤ قائم رکھا جاسکتا ہے (63)۔ اگر سٹش کے ساتھ ارتباط کا یہ راستہ محدود ہو جائے تو ہوا غالباً جذب ہو جائے گی۔ لیکن اس کے جذب میں بہولت پیدا کرنے کی غرض سے انکی جگہ آکسیجن داخل کی جاسکتی ہے۔ ایک مادہ تر طریقہ یہ ہے کہ ایک نیمہ (tent) میں آکسیجن کی مقدار فی صدی بلند رکھی جائے، ایا کرنے سے نائٹروجن منتشر ہو کر نکل جاتی ہے (diffuses out) اور استرواح الصدر سرعت کے ساتھ فائب ہو جاتا ہے۔ آبی استرواح الصدر (hydro-pneumothorax) میں مصل کو ویسے ہی چھوڑ دیا جاسکتا ہے، یا اگر وہ زیادہ مقداروں میں موجود ہو تو اسے بذریعہ نزل خارج کیا جاسکتا ہے۔ لیکن پھر اس صورت میں بھی اس کے بجائے آکسیجن داخل کر دینی چاہئے۔ اگر ریوی استرواح الصدر (pyopneumothorax) نئی علامات (یعنی پیش تیز نبض وغیرہ) پیدا کر رہا ہو تو اس کا علاج ایک قلعہ الصدر کے علاج کی طرح جزوی اتصال ضلعی (rib resection) سے اور سیلیت کے قیام (drainage) سے کرنا چاہئے۔ لیکن جب یہ صورت نہ ہو تو اس سستیاں کے ساتھ وہی سلوک کرنا چاہئے جو مصل کے لئے کیا جاتا ہے۔

## ڈائفرامی فتق

(DIAPHRAGMATIC HERNIA)

اس نادر الوقوع حالت کا تذکرہ یہاں اس لئے کیا جاتا ہے کہ بروز کردہ خفا مشمولات صدر میں لازماً ترمیم پیدا کر دیتا ہے، اور ایسے طبیعی امارات پیدا ہو جاتے ہیں جو استرواح الصدر کے امارات سے قریب ہی مشابہت رکھ سکتے ہیں۔ ڈائفرامی فتق یہ ہے کہ مشمولات شکم میں سے ایک یا زائد عموماً معدے کا، یا ثرب (omentum) کا، یا قولون کا ایک حصہ ڈائفرام کے ایک روزن کی راہ سے اوپر کو صدر میں چلا جاتا ہے۔ یہ روزن بیشتر تو قعر کا نتیجہ ہوتا ہے، جیسے کہ سیزن کا یکا یک زور کے ساتھ مضبوط ہو جانا، یا یہ ایک پیدائشی نقص ہوتا ہے، یا یہ ایک

قدرتی سوراخ کے بڑا ہو جانے کا نتیجہ ہوتا ہے۔ یہ ضرر بائیں جانب پر نسبت زیادہ کثیر الوقوع ہوتا ہے اور معدہ عام طور پر وہ حشاہ ہے جو صدر کے اندر چلا جاتا ہے۔ اور اس عمل کے اشیائیں اوپر کو کھینچ جاتا ہے (صفحہ ۹ ب)۔

علامات۔ جب ڈائفرام تنفر سے مشتوق ہو جاتا ہے تو ابتدائی علامات جیسے کہ درد، بہر اور ہبوط (collapse) کچھ تو راست اثرات کے باعث ہوتے ہیں اور کچھ مشمولات صدر کے دفعتہ درہم برہم ہونے اور اسی جانب کا شش پٹک جانے کی وجہ سے ہوتے ہیں۔ ذات الجنب اور الہتاب باریطون بھی نمودار ہو سکتے ہیں، معدان علامات کے جو ان کے ساتھ متلازم ہیں۔ لیکن بہت سی اماتوں میں چوٹ کا اولی اثر رفع ہو جاتا ہے اور علامات کچھ تو ریوی ہوتے ہیں اور کچھ معدی یا معدی سہی۔ ریوی علامت بالفعوض سانس کا پھول جانا ہے لیکن یہ حیرت انگیز ہے کہ بعض اماتوں میں سینہ کے طرف بہت کم اختلال محسوس ہوتا ہے۔ شکم کے طرف عموماً سوز، ہضم، درد، رجحیت اور شاید قے مشاہدہ میں آتی ہے۔ یہ علامات دورے کے ساتھ واقع ہو سکتے ہیں اور ان کی وجہ یہ ہے کہ اس غیر طبعی مقام پر احشاء کا اتفاح یا تشق ہو جاتا ہے۔ ایک تازہ اصابت میں جب لمعدہ کسی وجہ سے ڈائفرام کے آریار اوپر کے طرف ٹھس پڑشش کو پوکا رہا تھا دوری وقفوں پر شدید علامات دیکھے گئے۔

طبعی امارات جو سینہ میں دیکھے جاتے ہیں یہ ہیں:۔ حصہ زیریں میں جہاں بروز کردہ حشاہ واقع ہے بیش لنگ (hyper-resonance) اور ساتھ ہی اصوات تنفس کا فقدان، تنفر کی آوازیں (gurgling sounds) جو ہنرہ (succussion) کرنے پر یا خود بخود سنائی دیتی ہیں، فلزی آواز بازگشت (metallic echo) اور حر و نحاسی (bruit d' arain)۔ اگر حشائی انتقال زیادہ ہے تو قلب اپنی جگہ سے ہٹا ہوا ہو سکتا ہے۔

نمبر ڈائفرامی استرواح الصلا (subphrenic pneumothorax) بھی کیقدر مائل طبعی امارات پیش کر سکتا ہے۔ وہ دائیں جانب پر زیادہ عام ہوتا ہے اور اس سے جگر نیچے کو شکم کے اندر دھکیل دیا جاتا ہے۔ اس کا امکان نہیں کہ



اُس سے پیدا ہونے والی بیش گمک (hyper-resonance) سینہ میں اتنی بلند واقع ہو جتنی کہ دوسری دو صورتوں میں سے کسی میں واقع ہوتی ہے، اور غالباً سرگذشتِ مرضِ مُبْتَدِیٰ تشخیص ہوگی (ملاحظہ ہو صفحہ ۳۷ الف جو صفحہ 407 کے مقابل ہے)۔

تشخیص - ڈانفرامی فوق کی تشخیص کسی یقین کے ساتھ صرف لاشعاعی امتحان سے کی جا سکتی ہے، جو ایک غیر شفاف کھانے (opaque meal) کے بعد کرنا چاہئے (ملاحظہ ہو صفحہ ۷ ب)۔

علاج - بعض مریضوں کو ابتدائی تکالیف رفع ہو جانے کے بعد کوئی تشویشناک بے آرامی نہیں محسوس ہوتی۔ جراحی علاج یہ ہے کہ سینہ کو کھول کر اور پسلیوں کے اجزاء کا امتیصال کر کے شہاد کو شکم کے اندر واپس کر دیں اور ڈانفرام کو سہی دیں۔

## التهاب واسط

(MEDIASTINITIS)

التهاب واسط قیچی ہو سکتا ہے یا غیر قیچی۔ اول الذکر یعنی واسطی خراج (mediastinal abscess) متعدد اسباب سے پیدا ہو جاتا ہے، جن میں سب سے زیادہ کثیر الوقوع یہ ہیں :- گولی کے تفررات، وخرز (stab) یا ضرب (blow) اور غدد لفافیہ کا تدرن۔ لیکن کبھی کبھی واسطی خراج ذات الریہ، ذات الجنب، سرخاود یا تپ محرقہ کے بعد واقع ہو جاتا ہے۔ یہ خراج اگلے یا پچھلے واسط میں ہو سکتا ہے، لیکن زیادہ تر اول الذکر میں ہوتا ہے۔ خاص علامات قیچی رُ (sternal pain) اور تپ ہیں۔ طبیعی امارات صرف اُس وقت ظاہر ہوں گے جب کہ خراج کافی جمات کو پہنچ جائے۔ ایسی حالت میں اصمیت (dulness)، مقامی الیمیت، عظم قفس پر اذیما، اور بالآخر اُس بُدی کے کنارے پر تموج (fluctuation) موجود ہو سکتا ہے۔ حتی الامکان پیپ کو جلد خارج کر دینا چاہئے، اور اگر ضرورت ہو تو

عظم القص کو ترخان سے کاٹ دینا (trephining) یا اس کا جزوی استیصال (resection) کر دینا چاہئے۔

فرضیت (traumatism) اور عمومی امراض ساریہ سے انفصامی (adhesive) یا غیر تقبی التهاب واسط پیدا ہو سکتا ہے، لیکن اس کے عام ترین متلازمات (associations) ذات الجنب اور رشیقی التهاب ماریہ (rheumatic pericarditis) میں، بالخصوص آخر الذکر جو ایسی صورت میں یعنی التهاب اسط (mediastinitis fibrosa) پیدا کر دیتے ہیں۔ اس کا ذکر انصافاً مانو (adherent pericardium) کے عنوان کے تحت کیا گیا ہے۔

## حوالہ جات

### REFERENCES

- 1 M Brown and C G. Imrie 1932 *Quart. Journ. Med.*, N. S., 1., p. 319.
- 2 Ff Roberts . 1922 *Journ. Physiol* , 56, p. 101.
- 3 Sir W. Hale-White . 1924 *Lancet*, 1., p. 263.
- 7 Campbell, Hunt and Poulton . 1923 *Journ. Path. & Bact.*, 26, p. 234.
- 8 P. H.-S. Hartley & I. J Davies 1923 *Brit. Med. Journ.*, 1., p. 1052.
- 9 J. F. Gaskell 1927 *Lancet*, 11., p. 951.
- 10 C. McNeil & A R. MacGregor 1927 *Brit. Med. Journ.*, 11 , p 582.
- 11 C. Wall & J C. Hoyle 1933 *Brit. Med. Journ.* 1., p. 597

- 12 W Burton Wood      1930 *Lancet*, i., p. 1339.
- 13 S. Van Leeuwen      1922 *Neurotherapie*, No. 6.
- 14 H. W. Barber &  
G. H. Oriel      1928 *Lancet*, ii., pp. 1009, 1064.
- 15 S. Van Leeuwen      1924 *Klin. Woch.*, 3, p. 520.
- 16 A. Francis      . 1917 *Parclitioner*, August
- 17 S. Van Leeuwen      1923 *Klin. Woch.*, 2, No. 27.
- 18 J. Freeman      . . 1920 *Lancet*, ii., p. 229.
- 19 S. Van Leeuwen &  
Varekamp      . . 1921 *Lancet*, ii., p. 1366.
- 20 A. G. Auld      1921 *Lancet*, i., p. 698.
- 21 S. Gilbert Scott      . . 1926 *Brit. Med. Journ.*, i., p. 939.
- 22 S. Van Leeuwen      1927 *Brit. Med. Journ.*, ii., p.  
344.
- 23 McCrae (Lumleian  
Lectures on Fore-  
ign Bodies in the  
Bronchi)      1924 *Lancet*, i., pp. 735, 787, 838.
- 24 Review on Respira-  
tory Diseases      . 1920 *Med. Sci.*, i., p. 462.
- 25 A. Abrahams      . 1920 *Lancet*, ii., p. 543.
- 26 Zadek      1921 *Med. Sci.*, 5, p. 103.
- 27 Review on Pneu-  
monia      1921 *Med. Sci.*, 5, p. 110.
- 28 W. Smith      1924 *Lancet*, i., p. 257.
- 29 S. L. Cummins      1924 *Brit. Med. Journ.*, i., p. 186.
- 30 B. Alcock, M. Doug-  
las, & H. C. Lucey      1925 *Lancet*, i., p. 1332.
- 31 Sir C. Allbut &  
Varrier-Jones      . 1922 *Lancet*, i., p. 105.

- 32 B. Hudson and Leonard Hill 1924 *Lancet*, i., p. 1147.
- 33 Weill & Dufont 1922 *Journ. de radiol. et d'electrol.* 6, p. 1.
- 34 W. C. Bosanquet 1928 *Lancet*, i., p. 24.
- 35 R. C. Wingfield 1924 *Lancet*, ii., p. 354.
- 36 Gravesen 1923 *Brit. Med. Journ.*, ii., p. 506.
- 37 H. Morriston Davies 1926 *Brit. Med. Journ.* i., p. 315.
- 38 C. Lillingston 1923 *Lancet*, i., p. 96.
- 39 W. A. Lister 1927 *Lancet*, i., p. 112.
- 40 H. C. Cameron & A. A. Osman 1923 *Lancet*, i., p. 1097.
- 41 F. J. Poynton & Reynolds 1921 *Lancet*, ii., p. 1100.
- 42 W. S. Miller 1923 *Journ. Exp. Med.*, 38, p. 707.
- 43 W. S. Miller 1913 *Journ. Morphol.*, 24, p. 459.
- 44 S. C. Simpson 1929 *Quart. Journ. Med.*, 22, p. 413.
- 45 G. H. Oriel . 1929 *Guy's Hosp. Reps.*, 79, p. 376.
- 46 G. H. Oriel 1929 *Personal Communication*.
- 47 R. S. Bruce Pearson 1933 *Guy's Hosp. Reps.* 83, p. 86.
- 48 F. A. Knott & J. W. Thornton . 1933 *Guy's Hosp. Reps.* 83, p. 63.

- 49 Argyll Campbell & E. P. Poulton . 1935 "Oxygen and Carbon Dioxide Therapy." *Oxford Med. Pub* 1935.
- 50 W. E. Gye & E. H. Kettle 1922 *Lancet*, ii., p. 855.
- 51 S. J. Cummins & A. F. Sladden . 1934 *Brit. Med. Journ.* i., p. 554.
- 52 L. G. Irvine . 1932 *Brit. Med. Journ.*, i., p. 693.
- 53 P. d'Arcy Hart 1932 *Med. Res. Counc. Spec. Rep. Ser.* 164.
- 54 P. d'Arcy Hart 1932 *Quart. Journ. Med.*, N.S., i., p. 49.
- 55 A. Loewy . . 1934 *Arch. Med. Hydrol*, p. 261.
- 56 G. Maurer . 1930 *Lancet*, ii., p. 72.
- 57 F. G. Chandler 1930 *Lancet*, ii., p. 74.
- 58 A. J. S. Pinchin & H. V. Morlock 1933 *Lancet*, i., p. 1114.
- 59 H. C. Cameron 1932 *Guy's Hosp. Reps.* 82, p. 290.
- 60 A. Tudor Edwards 1932 *Brit. Med. Journ.*, i., p. 827.
- 61 W. Brockbank 1932 *Quart. Journ. Med.*, N S., i., p. 31.
- 62 Ff. Roberts . 1933 *Brit. Med. Journ.*, i., p. 142.
- 63 E. R. Boland . 1934 *Lancet*, i., p. 231.
- 64 Chevalier Jackson 1930 *Proc. Roy. Soc. Med.*, 24, p. 1.
- 65 R. V. Christie 1936 *Oral Communication.*

# ناک گلے اور کان کے امراض

(طبی نقطہ نظر سے)

ناک

زکام

(coryza)

یہ مرض جو عام طور پر ”زکام“ (”cold in the head“) کے نام سے مشہور ہے، ناک کی مخاطی تھیلی کا نازلی التهاب (catarrhal inflammation) ہے (حار التهاب لانت) جو اکثر بلعوم (pharynx) کو (نازلی خراش حلق = catarrhal sore throat) نیز طمحات چشم (conjunctivæ) جیسی اور دیگر اجواف اور یوسٹیکل انوبات (Eustachian tubes) کو ماؤٹ کر دیتا ہے اور مگن ہے کہ حنجرو (larynx) ’تھبت الریہ (trachea) اور شعبات (bronchi) میں پھیل جائے۔ اولی طور پر یہ ایک سرایت ہے جو کہ اس ریتی رشاش (spray of saliva) کا استنشاق کرنے سے پھلتی ہے جو کہ ایک سرایت زدہ شخص کے کھانسنے پھینکنے یا بولنے کی اثنا میں باہر نکلتا ہے۔ بعض اوقات ممکن ہے کہ ایک سببہ حملہ سے حاصل شدہ امنتیت (immunity) کے زمانہ کے اختتام کے بعد مریض خود کو مکرر سرایت پہنچا دیں۔ معمولی زکام (common cold) کا سبب ایک دقیق ”مقطر لگڈازہ“ (”filter-coccoid“ passing) جسم ہے جس کا قطر ۲ تا ۳ میکرون (micron) ہوتا ہے اور جو منفرد یا جوڑوں اور گروہوں میں مرتب ہوتا ہے اور التهاب ردائے (polioravitis) کے قشب (virus) سے مشابہ ہوتا ہے (۱)۔ اگر طبی ناک اور گلے کا مریض باقی امتحان کیا جائے

بظاہر زندہ جراثیم کے منطقہ پائے جلاتے ہیں۔ بقعہ عنیبہ (Staphylococcus albus) اگلے مخروں میں موجود ہوتا ہے۔ عصیہ عفونی (Bacillus septus) جو کہ ایک ذہنیہ پائے (diphtheroid) ہے، ناک کی پشت میں نشوونما پاتا ہے۔ خود بقعہ نازلی

(Micrococcus catarrhalis) انفی بلوم میں اور بقعہ سیمی لختہ (Streptococcus

viridans) لوزین میں غالب نظر آتا ہے۔ جب زکام شروع ہوتا ہے تو بقعہ مسجد لختہ

عام طور پر سب سے پہلا عفویہ ہوتا ہے جو کہ شد و کم کے ساتھ نشوونما پاتا ہے، بالخصوص اسکی

زیادہ خون پاش نسلیں، اور زیادہ طبعی باشندوں کی بہ نسبت یہ زیادہ نشوونما پانے کا رجحان

رکتنا ہے۔ کچھ دیر بعد کی کاشت ایک یا زیادہ ثانوی حملہ آوروں کی فعالیت ظاہر کرتی ہے مثلاً

عصیہ فریڈلینڈر (Freidlander's bacillus) بقعہ ریویہ قسم چہدم، اور بقعہ عنیبہ

خیمہ (Staphylococcus aureus) کی، اور ان میں سے کوئی بھی جو فوں میں مقامی طور پر

پایا جاسکتا ہے بشرطیکہ ان میں مقامی تفعیل موجود ہو۔ اسی طرح وبا کے حملہ سے ایک قسم کا عفویہ

غالب نظر آتا ہے، اور بعض وباؤں میں فیفر کے عصیہ انفلونزائی (Pfeiffer's Bacillus

influenzæ) کے سوا باقی سب عصیہ غائب ہوتے ہیں۔ سب سے بڑا معد سبب انفی غلط

مخاطی کا درم اور امتلاء ہے۔ عموماً یہ ایک تھوڑا ہوائی سے جس کے ساتھ ہی تغیر پذیر لیکن

فی الجملہ سرد درجہ پیش ہو پیدا ہو جاتا ہے۔ اسی آخر الذکر واقعہ کی وجہ سے ”سردی لگ جانے“

(catching cold) کا محاورہ پیدا ہو گیا ہے۔ وباؤں بھی ایسے ہی حالات کے تحت

واقع ہوتی ہیں۔ علاوہ ازیں ممکن ہے کہ دروں خانہ حالات اس کا سبب ہو جائیں۔ لوگ اکثر

ایسے گرم اور صبر دار (stuffy) کمروں میں بیٹھتے ہیں جہاں کی ہوا رگڑی ہوئی ہوتی ہے، لیکن

ہوا کے جھوکوں (draughts) سے جن کا فرش ٹھنڈا ہو جاتا ہے۔ اس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ

سرد گرم اور پاؤں ٹھنڈے ہو جاتے ہیں۔ فعلیاتی نقطہ نظر سے سردی کو اور انفی غٹائے مخاطی

کو ٹھنڈا اور منفرک ہوا میں ہونا چاہئے اور پاؤں کو گرم ہونا چاہئے (L. Hill)۔

علامات۔ ممکن ہے کہ سب سے پہلے علامات میں سے ایک یہ علامت ہو کہ

چھینکوں کا حملہ ہو یا حلق میں کچے پن یا خراش کا احساس اور نکلنے میں درد ہو۔ لیکن ممکن ہے کہ

اسی سے پہلے ناسازی کا احساس ہو اور ساتھ ہی سردی معلوم ہو اور درد سرد اور عدم اشتہا

موجود ہو۔ چھینکوں کے بعد جلد ہی ناک سے ایک صاف مخاط کا اخراج ہونے لگتا ہے، اور

غٹائے غمائی کے درم کی موجودگی سے اور حس شہہ کے زائل ہوجانے کی وجہ سے ناک میں بند ہونے کا (stiffness) احساس ہوتا ہے۔ نرم نالو، لہاؤ (uvula)، بلعوم اور لوزتین بہ نسبت اسکے کہ جتنے قدرتی حالت میں ہوتے ہیں زیادہ سرخ ہوجاتے ہیں۔ زیادہ شدید امیبتوں (نقرہ حسی خراش حلق = ulcerated sore throat) میں لوزتین نالو اور بلعوم پر سطحی خراش لگیں (abrasions) ہوجاتی ہیں زبان فرد (furred) ہوتی ہے، اور نمایاں بینی اختلال (constitutional disturbance) ہوتا ہے۔ ساتھ ہی آنکھیں سرخ اور مبتسل (suffused) ہوتی ہیں اور ان سے پانی آزادانہ طور پر بہتا ہے، جیسی جوف (frontal sinus) کی ماؤقیت کے باعث ابرو پر درد ہوتا ہے، اور یوسیکلی انجوبہ کے بند ہوجانے سے بہرا پن ہو سکتا ہے۔ اسکے ساتھ ہی کسی قدر عمومی تغل (febrile reaction) بھی موجود ہوتا ہے۔ اگر یہ نازلت (catarrh) حنجرہ تک پہنچ جائے تو آواز بیٹھ جاتی ہے اور متواتر خراش اور کھانسی (irritating cough) ہوتی ہے۔ اگر نازلت اوڑاگے پیچھے وں تک پہنچ جائے تو ایسے علامات پیدا ہوجائیں گے جو کہ دوسری جگہ شبی التهاب (bronchitis) کے تحت بیان کئے گئے ہیں۔ اکثر دو ایک روز کے بعد اس حاد درجہ میں تخفیف ہوجاتی ہے اور کلی صحت ہوجاتی ہے۔ اس کے برعکس ممکن ہے کہ نزلہ کا بہنا جاری رہے اور وہ غلط کے ساتھ پیپ کی موجودگی کے باعث گاڑھا اور زیادہ غیر شفاف ہوجائے۔ اس طرح وہ دو تین دن سے لیکر دو یا تین ہفتوں کے تغیر پذیر عرصہ تک جاری رہ سکتا ہے۔ اس عرصہ کے دوران میں اس امر کا امکان ہے کہ مریض پر التهاب کے تازہ اشتدادات (exacerbations) طاری ہوجائیں۔

زکام (coryza) کی مثالی تصویر ایسی ہوتی ہے۔ لیکن دوسری اصابتوں میں ممکن ہے کہ سمراہت حاد التهاب حنجرہ (acute laryngitis) یا شبی التهاب (bronchitis) کی طرح شروع ہو کر بالآخر اوپر کے طرف پھیل کر حلق اور ناک میں پہنچ جائے۔ سریریاتی نقشہ مختلف اشخاص میں مختلف ہوتا ہے۔ لیکن فرد واحد میں سمراہت کا مرقعہ یکساں ہونے کا رجحان رکھتا ہے۔ مثلاً اگر ایک شخص میں زکام ہمیشہ التهاب بلعوم (pharyngitis) کی شکل میں شروع ہوتا ہے تو دوسرے کسی شخص میں بطور التهاب حنجرہ (laryngitis) کے ہوتا ہے اور تیسرے میں شبی التهاب (bronchitis) کی طرح، اور علیٰ ہذا القیاس۔ اس طرح لوگوں میں



ایسی مکرر سرایتوں میں مبتلا ہونے کا جو کہ بیشتر تنفسی خطہ کے ایک مخصوص حصے کو مآف کرتی ہیں انتہائی رجحان ہوتا ہے۔ ان لوگوں میں کہ جن کے لوزین نکال دئے گئے ہوں، زکام ایک التهاب بلعوم یا التهاب حنجرہ کے طور پر شروع ہونے کا زیادہ رجحان رکھتا ہے۔ کچھ عرصے کے بعد ممکن ہے کہ کھسکتی یا بی میں زیادہ اور زیادہ تاخیر ہو کر ایک مزمن سرایت پیدا ہو جائے جو بلعوم اس امر کے کہ پہلے کونسا حصہ ماؤں ہوا ہے، مزمن انفی نازلت (chronic nasal catarrh) مزمن نالیاتی التهاب حنجرہ (chronic catarrhal laryngitis)، مزمن شعبی التهاب (chronic bronchitis) وغیرہ کی صورت اختیار کر سکتی ہے۔

یہ یاد رکھنا چاہئے کہ عموماً التهاب الانف بعض ساری امراض مثلاً انفلوینزا، کھسرا، دفتیریا، علقی آتشک (congenital syphilis) سراجہ (glanders) وغیرہ میں ایک نوعی ضرر (specific lesion) کی حیثیت سے واقع ہوتا ہے۔

تخمر نہ (prevention) اہم تدابیر یہ ہیں کہ طرز زندگی صحیح ہو جس کے ساتھ وافر بیرونی خاند و ورزش کی جائے اور قومی اشخاص روزانہ سرد غسل کریں نیز جس واسطے (stuffy) ناکوں سے اور خاص کر سرایت زدہ اشخاص سے احتراز رکھا جائے۔ ذاتی تجربے ثابت ہوا ہے کہ مزمن انفی نازلت (chronic nasal catarrh) کے لئے ڈیپلو گلیگ (W. Glegg) کا تجویز کردہ علاج بہترین منفعت رکھتا ہے۔ اس وقت جبکہ مریض چست لٹا ہوا ہو ایک یا دو ٹی سپیون فل (teaspoonful) پیرافینم مولی (paraffinum molle) اور پیرافینم لکویڈم (paraffinum liquidum) کا آمیزہ ایک حصہ میں ۲ یا ۳ حصے ایک نالیچہ کے ذریعہ کہ جس کے ساتھ ربر کا گیند لگا ہوا ہو باری باری سے مریض کے ہر تنھنے میں ڈالا جاتا ہے۔ جب یہ آمیزہ حلق میں محسوس ہو تو نکالا جاسکتا ہے یا اگر یہ آنٹوں میں ملتی اثر پیدا کرتا ہو تو اسے لفٹ کے ذریعہ منقو کا جاسکتا ہے۔ یہ علاج دن میں ایک یا دو بار عمل میں لایا جائے یا اگر زکام کا خدشہ ہو رہا ہو تو زیادہ بار۔ یہ آمیزہ ایک چکنی (collapsible) تلی میں بھی حاصل کیا جاسکتا ہے اور اس میں پائگریں مٹھال (menthol) ملا یا جاسکتا ہے یا اس کو روز نیال (rosettol) کے ذریعہ خوشبودار بنایا جاسکتا ہے۔

بہت سی اصابتوں میں انفی یا شعبی نازلت اُن جُدریات (vaccines) کے ذریعہ جو تنفسی راستوں میں وباؤں میں موجود رہنے والے محیثوں (bacilli) اور مقبوں (cocci) سے

تیار کئے ہوئے ہوں، روکی جاسکتی ہے۔ خودزاد وید ریپات (autogenous vaccines) جو خود مریض کے باق (sputum) میں کے عضویات کی کاشتوں سے یا اسکی ناک اور حلق کی پشت سے لی ہوئی عقیم پھیریریوں (sterile swabs) کے ذریعہ سے تیار کئے جاتے ہیں، اشتہاب کئے جاسکتے ہیں یا مغزی جدریات (stock vaccines) میں لگا جاسکتے ہیں۔ جدریاتی تیار کرنے میں یہ یاد رکھنا اہم ہے کہ مادہ حاصل کرنے کے بعد اسکی کاشت اور حضانت فی الذمہ عمل میں لانی چاہئے۔ باطلی نظر میں یہ امر تعجب خیز معلوم ہوتا ہے کہ جب سرایت ایک مقطر گزار عضویہ کے باعث ہوتی ہے، تو براغیہم سے تیار کئے ہوئے جدریات کیوں مفید ہوتے ہیں۔ ممکن ہے کہ قیسی عضویہ کے فصل کرنے کا یہی طریقہ ہو کہ ثانوی حملہ آور اس کے ساتھ ہم باش (symbiotic) ہو جائیں، جیسا کہ خنزیری انفلوئنزا (hog influenza) میں ہوتا ہے۔ ایسی صورت میں ثانوی حملہ آور کا ضد عمل کرنا کافی ہے۔

طلاج۔ ذاتی تجربہ سے ظاہر ہوا ہے کہ ٹیکہ کا علاج انھی کام (nasal coryza) کو دبا سکتا ہے اور آخری وجوں میں جیکہ افزاء مغاطی بھی ہو جاتا ہے اور مواد باہر خارج ہوتا ہے، اسکا ذریعہ بہت فائدہ مند ہوتا ہے لیکن اس سرائیت پر جو کہ خنزیر یا نصبہ تک پیل بھی ہو سکا ہے، اسکو گھل کر کھانسی تکلیف دہ ہو تو مفید عرق الذهب (ipecacuanha wine) کے چند قطرے، اسپرٹس آف ٹائرس (spirita) (compound tincture of of nitrous ether) کے ساتھ، یا مرکب صینیہ کافور (camphor) کے ساتھ دینے سے آرام معلوم ہوگا۔ یا ایک مناسب شاہ (inhaler) کے اندر اُبلتے ہوئے پانی میں یوگا لپٹس آئل (eucalyptus oil) کے پانچ یا چھ قطرے رکھ کر اس کی بھاپ کا استنشاق کیا جائے۔

## مزمن التهاب الانف

(chronic rhinitis)

یہ دو شکلوں میں دیکھا جاتا ہے۔ ایک میں جو مزمن پیش پرورشی التهاب الانف (chronic hypertrophic rhinitis) کے نام سے موسوم ہے، ناک کی اور زیریں مغتول زائدول (lower turbinated processes) کی غشاء مغاطی بہت دبیز ہو جاتی ہے، اور ممکن ہے کہ یہ دبازت بلعوم میں پہنچ جائے اور تحتانی مغتول اجسام کے

پچھلے سروں کو ماؤف کر دے۔ یہ کم از کم بیشتر امیبتوں میں 'بجائے ایک التهابی ورم ہونے کے عرق حرکی (vasomotor) ورم ہوتا ہے۔ یہ جو فی مرض (sinus disease) سے پیدا ہو سکتا ہے۔ تنفس میں بہت رکاوٹ ہوتی ہے اور وہ بالخصوص دہن کے راستہ سے واقع ہوتا ہے اور شامہ کی جس کم ہو جاتی ہے۔

مزمن ذیلولی التهاب (chronic atrophic rhinitis) جس میں مخاطی تھلی مذبول ہو جاتی ہے، اس کا بدبودار قبی اخراج کے اسباب میں سے ایک سبب ہے جسے اوزینا (ozæna) کہتے ہیں۔ اس میں مخاطی تھلی پتلی ہو جاتی ہے، اور اس کی سطح پر پیڑیاں (crusts) جمع ہو جاتی ہیں۔ شامہ کی جس زائل ہو جاتی ہے۔

حساسیتی التهاب (allergic rhinitis)۔ یہ وہ حالت ہے کہ جس میں ناک میں سے ایک پانی کا سا مواد خارج ہوتا ہے، چونکہ بعض اوقات بہت وافر ہوتا ہے اور جس کے ساتھ مریض کو دور سے کے ساتھ جھینکیں آنے لگتی ہیں، بالخصوص بیدار ہونے پر۔ غشا مخاطی شاحب اور اسفنجی ہوتی ہے۔ کیلشیم لکٹیٹ (calcium lactate) گرین ہاؤس دن میں دو مرتبہ کھانے سے پہلے دینا بہت سی امیبتوں میں موثر علاج ہے۔

علاج۔ بیش پرورشی قسم (hypertrophic form) کے لئے دافع عفونت محلولات کے رشاشات (douches) یا سطولات (sprays) استعمال کرنے چاہئیں جن میں کاربولک ایسڈ، بورک ایسڈ، بوریکس (borax) شامل ہوں۔ اور اگر بہت دباؤست موجود ہو تو وہ گیلوانائی کوآٹ (galvano-cautery) کے استعمال سے کم کی جاسکتی ہے۔ حاد التهاب (acute) کے تحت بیان کیا ہوا گلیگ (Glegg) کا علاج بھی مفید ہو سکتا ہے۔ مریض کے ماحول (hygienic surroundings) پر بھی توجہ کرنا ضروری ہے۔ ذیلولی (atrophic form) کا علاج بھی نہایت مشکل لیکن نسبتاً کم امید افزا ہوتا ہے۔ پیڑیوں کو نکال کر دافعات عفونت، ملاو اسطہ یا نفول (douches) یا مرشہ (spray) کے ذریعہ سے نکلانے چاہئیں۔ مقویات (tonics) جیسے لونا، سکلیا، یا کاڈمیل کاتیل مدد ہوتے ہیں۔

## التهاب الجواف

(sinusitis)

ناک کے اندر نزدانی اجواف (paranasal sinuses) کھلتے ہیں۔ نکی مغارات (maxillary antra) ، مہی اجواف ، اور مصفائی خلیات کا اگلا گروہ ، اگلے اجواف میں شامل ہیں۔ پچھلے مصفائی خلیات اور ونڈی جوف پچھلے گروہ میں شامل ہیں۔ یہ اجواف ، حادانی سرائیوں مثلاً زکام سے متاثر ہو سکتے ہیں اور ان کے نجات عشاء مغالطی کے متورم ہو جانے سے مکمل طور پر یا جزوی طور پر مسدود ہو سکتے ہیں۔ اس سے جو احتباس پیدا ہوتا ہے وہ درد کا موجب ہوتا ہے جو کہ متاثرہ جوف کے لحاظ سے مختلف مقامات پر پایا جاتا ہے۔ بسا اوقات درد کے ساتھ پیش کا معتد بہ ارتفاع ۱۰۳ ف تک ہو جاتا ہے۔

حاد التهاب الجواف کا علاج مخصوص نصابی کتب میں پایا جاتا ہے ، لیکن عام طور پر اسکی نوعیت یہ ہوتی ہے کہ غشاء مغالطی میں سکیر (shrinkage) پیدا کرنے کے لئے اس پر کوکین (cocaine) اور ایڈرینالین لگائی جاتی ہے۔

منہ من التهاب الجواف - نزدانی اجواف کی مزمن سرائیوں کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ ناک میں سے مواد خارج ہونے لگتا ہے ، یا زیادہ کثرت کے ساتھ مواد پیچھے کی طرف چلا جاتا اور ایک پس انفی (post-nasal) مواد خارج ہونے لگتا ہے۔

جوفوں میں ریم کی موجودگی اتنے مقامی علامات نہیں بلکہ سمی علامات پیدا کرتی ہے۔ پس انفی مواد کو مکمل بنے نکل لیا جائے اور اس طرح یہ سو ، مضہم کا سبب ہو۔ یا ممکن ہے یہ تنفسی خطہ کو سرایت زدہ کر دے اور اس طرح التهاب شعبی بلکہ تمدد الشعب کے متوالی حملہ واقع ہوں۔ مزید براں ، یہ مواد بلعوم کی لف آسا بافت کو سرایت زدہ کر دیتا اور اس طرح گلے کی خراش کا باعث ہوتا ہے۔ ایسی صورت میں غلطی سے لوزتین کو تصور وار سمجھ لیا جاتا ہے۔

تستخص ناک اور انفی بلعوم کا ریم یا مغالطی ریم کے لئے امتحان کر کے کیا جاتی ہے۔ یا مجبہ کا الاستماعی امتحان کر کے کیا جاتی ہے جبکہ متاثرہ جوف میں عقیمت نظر آتی ہے۔

علاج۔ قوی انفی ٹولوات کے ذریعہ علاج کرنے سے افادہ تو ہوتا ہے، لیکن زیادہ کثرت سے جوف کی میلیت کی ضرورت ہوتی ہے۔ اس کے تفصیلات کے لئے مخصوص نصابی کتب ملاحظہ کرنی چاہئیں۔

## رُفاف (نکیر)

(epistaxis)

رُفاف یا ناک سے خون بہنے کا انحصار مقامی یا عمومی حالات پر ہو سکتا ہے۔ اولاً کمرے میں سے یہ ہیں:۔ ناک پر چوٹ لگنا، ناک کو زچتے رہنا، ناک ٹکنا۔ زیادہ کثرت سے ادمار خود بخود شروع ہو جاتا ہے۔ تقریباً ہمیشہ یہ انفی فاصل کے اگلے حصہ سے یا ناک کے فرش سے آتے ہوئے پایا جاتا ہے۔ دیگر مقامی اسباب یہ ہیں، ناک میں دفتھیریا، خبیث بالیدیا، لہر متعہ وغیرہ قوی اتساعات (telangiectasis)۔ درمیانی عمر میں وہ نسبت کم عام ہوتا ہے، لیکن

198



شکل۔ لہر پر روز کی تھیلی۔

پھر زیادہ عموماً لے اشخاص میں جن کے عروق میں اختلاط شروع ہو گیا ہو، کثیر الوقوع ہوتا ہے۔ چنانچہ وہ ایتھیروما (atheroma) سے تعلق رکھتا ہے۔ نیز خون کے دباؤ کی زیادتی (high blood pressure)، برائٹ (Bright) کے مرض جگر کی کہیت (cirrhosis)، قلبی مصراعہ (cardiac valvular disease) امراض خون [جیسے کہ مختلف قسموں کی عدم وعتیں

اور سفید دھڑکیں (purpura) اسکروی (scurvy) اور بعض ساری امراض (جیسے کہ تپ محرقہ اور تھیمات ناکس) اور کبھی کبھی انفلوئنزا کے تعلق میں وہ ہر عمر میں ہو سکتا ہے۔  
 ممکن ہے خون پیچھے کو چلا جائے اور پچھلے منخروں (posterior nares) سے بہنے لگے، ایسی صورت میں وہ حلقوم (fauces) کی راہ سے نیک نیک کر معدہ کے اندر پہنچ سکتا اور بالآخر قے ہو کر یا براہ مستقیم (per rectum) خارج ہو سکتا ہے، یا ممکن ہے کہ وہ کھانسی پیدا کر کے نفث الدم (haemoptysis) کا شبہ پیدا کر دے۔ بلند فشار دہوی (high blood pressure) کے مریضوں میں بعض اوقات معتدل رفاف ہونے سے وہ در دسر رفع ہو جاتا ہے جو پہلے سے موجود ہوتا ہے۔

ناک کے معائنہ سے دمی نقطہ دریافت ہو جاتا ہے، اور ایڈرینل گائز (adrenaline gauze) کے ذریعہ اصمام کر کے مقامی اساق کیا جاسکتا ہے یا کی (cauterise) کیا جاسکتا ہے۔ اگر اس میں کامیابی نہ ہو تو کوپر روز (Cowper Rose) کی قیلی استعمال کی جاسکتی ہے۔ موخر منخروں کا اصمام کرنے کی بہت کم ضرورت پڑتی ہے۔

## حلق

### التهاب اللوزہ

(tonsillitis)

لوزین لف آسابت کے تو دے ہیں جو ہر جانب پر حلقوم کے اگلے اور پچھلے ستونوں کے درمیان واقع ہیں، اور انھیں لف آسابت کے دوسرے تو دوں سے تمیز کرنے کے لئے حلقومی لوزیتین (faucial tonsils) کہتے ہیں۔ ان دوسرے تو دوں میں سے بعض قاعدہ زبان میں واقع ہیں، جن کا نام لسانی لوزیتین (lingual tonsils) ہے، اور بعض انفی بلعوم میں، جنہیں بلعومی لوزہ (pharyngeal tonsil) یا لوزہ لشکا (Luschka's tonsil) کہتے ہیں۔ حلقومی لوزیتین میں لف آسابت، خلیوں اور جال کی مخصوص ترتیبوں پر شامل ہوتی ہے، جنہیں جراثیم (follicles) کا نام دیا گیا ہے، اور

گہرے انشعاقات (fissures) بھی موجود ہوتے ہیں جن کو طاقے (crypts) کہتے ہیں۔ یہ سطح پر داہوتے ہیں اور مقامی نیچے کیسہ تک پہنچتے ہیں جو بلعوم کے عضل جرم کے ساتھ متناس ہوتا ہے۔ ان طاقوں میں تندہرستی کی حالت میں بھی جراثیم کے متعدد انواع مل سکتے ہیں یعنی بنقات سببہ، بنقات حنبیہ، بنقات ریوہ بخ، دبقہ فاذلت، عصیہ فریڈلانڈر، وغیرہ۔ لوزین دہن کے راستہ سے جو سرایت واقع ہو سکتی ہے اس کی روک تھام کے لئے ایک حفاظتی فعل انجام دیتے ہیں، لیکن جب وہ ایک مرتبہ سرایت زدہ ہو جاتے ہیں تو سرایت غصتی لمفائی غد میں منتقل ہو سکتی ہے، جن میں سے ایک وہ ہے جو جرے کے زاویہ کے قریب قصی علی عضلہ کی اگلی کور کے نیچے واقع ہے، مشک سباتی شریان کی دو شاخوں پر پڑا ہوا ہے اور غدہ لوزی (tonsillar gland) کی حیثیت سے تیز کیا جاتا ہے۔

التهاب لوزین کا بیان پہلے بعض ساری امراض یعنی دفتھیسریا، قرمز (scarlatina)، آرتھک اور حاد ریتھم (acute rheumatism) کے تعلق میں کیا گیا ہے۔

جراثیمی التهاب اللوزہ (follicular tonsillitis) ان ساریتوں کے علاوہ جو کہ ابھی بیان کی گئی ہیں لوزین کے لف آسا اور جراثیمی جرم کا التهاب بظاہر خود رطوبت پر ہوتا ہے اور بعض اشخاص میں مہینوں یا برسوں کے وقفوں سے مکرر ہوا کرتا ہے۔ یہ غالباً سرایت کے باعث ہوتا ہے، یا ان عضویوں کی تشبیت کے ازدیاد کے باعث ہوتا ہے جو طاقوں میں محض پڑے رہتے ہیں، لیکن ساتھ ہی یہ وجہ بھی ہوتی ہے کہ مبتلا شدہ شخص کی یا اسکی بانٹوں کی قوت مدافعت ضعیف ہو جاتی ہے۔

علامات - لوزہ سرخ اور متورم ہو جاتا اور کئی زرد یا سپید نمایاں وجتے یاداغ بیش کرنا ہے، جو ربی ارتشاح (exudate)، تلخ شدہ (exfoliated) سرطلہ، کثیر الاشکال نواتی سپید غلیبوں، لف غلیبوں اور جراثیم کے تودے ہوتے ہیں، اور طاقوں کے دہنوں پر واقع ہوتے ہیں۔ اور لوزہ کی سطح کم و بیش مخاط سے ڈھکی ہوئی ہوتی ہے۔ جرے کے زاویہ کے پیچھے یہ ورم باہر سے محسوس کیا جاسکتا ہے۔ زیادہ شدید قسموں میں طاقوں کا افزائ زیادہ وافر ہوتا ہے، اور وہ بڑے ٹکڑا، سپید صمات (plugs) سے متھو ہوتے ہیں، جو دفتھیسریا کے سپید مادے سے قوی مشابہت پیش کر سکتے ہیں، جراثیمات

باہم پیوستہ ہو کر ایک ایسی چمکتی بنا سکتے ہیں جو کہ وفتیمیر یا کی غشاء سے قویٰ مشابہت رکھتی ہے اکثر اوقات ہر دو لوزتین ماؤف ہوتے ہیں۔ معتدل بینی اختلال، فرار زبانی، کسمندی کا احساس، مقامی بے آرامی، نکلنے میں درد ہونے کے علامات موجود ہوتے ہیں۔ اکثر پیش بہت بڑھ جاتی ہے۔ اور عام طور پر لوزی عنقی خدو بڑے ہو جاتے ہیں۔

مرعنی تشریح - لوزتین کی سنجی بافت (parenchyma) کے خلیات اور جراثیم کے خلیات تعداد میں زیادہ ہو جاتے ہیں اور ممکن ہے کہ جراثیم میں نہایت پھوٹے پھوٹے پھیوڑے بنکر طاقوں کے اندر پھوٹیں۔

تستخص - وہ مشابہت نہایت اہم ہے جو کبھی کبھی ڈفتیمیر یا کے ساتھ ہوجاتی ہے۔ عموماً لوزہ کے ایک طاقتور کے اندر افزائے کھام کی صرخی نگوین سے، یا ایک جانب پر متعدد صمات کی موجودگی سے انکی شناخت ہوجاتی ہے۔ کسی قدر وسعت رکھنے والی ایک منفرد سپید چمکتی کا ہونا جو بظاہر صرف سطح پر ہو، اور اس چمکتی کا نرم تا لوٹک چیل جانا، وفتیمیر یا یا ذبح و نسف کی تائید میں ہے۔ مشتبہ اصابتوں میں جراثیمیاتی کاشت کام میں لانا چاہئے (ملاحظہ ہو صفحہ 66)۔

ارتفاع حرارت (pyrexia) کے لئے علاج شروع کر دینا چاہئے (ملاحظہ ہو صفحہ 20)۔ لوزتین پر جالس (astringent) یا دافع عفونت مملوالات لگا دینے چاہئیں جیسے کہ صنیعیہ ایوڈین (برنش فارما کوپیا)، ٹیلیسیرین آف ٹینک ایسڈ، اوبسنیہ پر پھور انڈ آف آئیرن (۵ قطرے ایک ڈرام ٹیلیسیرین میں)، پوٹاسیم ٹم کلورٹ کے لوزنج یا رھائی اور فارمالین (rhatany & formalin) کے افراس بھی جو سے جاسکتے ہیں۔ صنیعیہ کو اگم (tr. of guaiacum) یا گو اگم کے اقرص اور سوڈیم سیلیٹ بھی مفید ہیں۔ شدید اصابتوں میں مصل دافع بقت سبجیہ (anti-streptococcal serum) کے اثرات دئے جاسکتے ہیں۔ دافع قرمزینہ نما (anti-scarliniform)۔ اکعب سنٹی میٹر، کثیرہ رفعی (polyvalent) ۲۵ اکعب سنٹی میٹر جو کہ دودن کے بعد مکرر دیا جاتا ہے۔

قرینیت بلعوم (keratosis pharyngis) یہ ایک حالت ہے کہ جس میں لوزی طافات کے دھنوں پر پھیوڑے سفید روزات پائے جاتے ہیں جو کہ جراثیمی التهاب اللوزہ کے منظر سے مشابہ منظر پیدا کرتے ہیں۔ بالعموم یہ علامات سے مبرا ہوتی ہے تاہم بعض اوقات



خفیف خراش حلق کی شکایت کیجاتی ہے۔ مرض کسی قسم کے علاج سے متاثر نہیں ہوتا، لیکن وہ چند جینے قائم رہنے کے بعد خود بخود غائب ہو جاتا ہے۔

گسٹرو لوزی خراج (peritonsillar abscess) (ڈیپٹالوزیم: quinsy)۔ اس حالت میں کیسہ لوزہ، اور لوزی ہماؤ کی عضلی دیوار کے درمیان قلعہ واقع ہو جاتا ہے۔ پھوڑے کا ٹھیک محل وقوع مختلف ہوتا ہے، لیکن بیشتر وہ اس فضا کے بالائی دو تہائی میں واقع ہوتا ہے۔ لوزہ کو نیچے اور اندر کے طرف دھکیل دیتا، اور حتیٰ بافتوں میں داخل کرتا ہے۔

سبب اسباب۔ یہ پندرہ اور پچیس سال کی عمروں کے درمیان نہایت عام ہوتا ہے۔ بعض آدمی اس میں مبتلا ہونے کا بہت رجحان رکھتے ہیں اور بار بار مبتلا ہوتے ہیں۔ اس کا سبب، لوزی سرایت کا لوزہ کے کیسہ سے باہر پھیل جانا ہے (گرد لوزی التهاب = peritonsillitis)۔ بعد میں قلعہ ہو جاتا ہے۔

علامات۔ یہ ایک یا دونوں لوزتین کو ماؤف کر سکتا ہے۔ لوزہ سرخ، اور اپنی قدرتی جسامت سے دوگنا منورم ہو کر خط درمیانی کے طرف ابھر آتا ہے، اور لہاۃ (uvula) کو ہٹا کر ایک طرف کر دیتا ہے۔ اگر دونوں لوزتین ماؤف ہوں تو ممکن ہے کہ وہ خط وسطیٰ میں مل جائیں، اور لہاۃ کو آگے کے طرف دھکیل دیں۔ درم اور سرخی نرم تالو کو متاثر کر دیتی ہے جو کہ سامنے کو ایک اختلاف پذیر فاصلہ تک اذیماروزہ ہو جاتا ہے۔ سطح عموماً چمکی، چمکدار اور رنگ میں گہری سرخ یا ارغوانی ہوتی ہے۔ باہر سے دیکھا جائے تو جڑے کے زاویہ کے پیچھے بنی درم ہوتا ہے۔ بیماری اکثر ایک قشریرہ اور تسلی کے ساتھ شروع ہوتی ہے، اور زہنی آشکارا بہت از زیادہ ہوتا ہے۔ زبان پر فرکی موٹی تہ چڑھی ہوتی ہے، بھوک چلی جاتی ہے، اور پیش ۱۰۳ یا ۱۰۴ درجہ تک بلند ہو جاتی ہے۔ نکلنے اور بولنے میں نہایت شدید درد ہوتا ہے، اور منہ کے اندر ریتی اور مخاطی افراز جمع ہو جاتے ہیں اور انھیں بار بار غصو کنا پڑتا ہے۔ دو سے چار دن تک میں قلعہ واقع ہو جاتا ہے۔ رسولی جو پہلے سخت تھی اب نعلتہ نرم ہو جاتی ہے اور انگلی سے دب جاتی ہے۔ یا ایک انگلی لوزہ پر اور دوسری انگلی باہر جڑے کے زاویہ کے پیچھے رکھنے سے پیپ کی موجودگی شناخت کیجا سکتی ہے۔ اگر پھوڑے کو یو بی پھوڑے جائے تو وہ حلق کے اندر پھوٹ پڑتا ہے، پیش کم ہو جاتی ہے، اور صحت جلد ہی چار سے سات روز تک کے اندر ہو جاتی ہے، اگرچہ ممکن ہے کہ نقیہیت اور کچھ عرصہ تک جاری رہے۔

شاہمورتوں میں پھوڑے نے گردن یا سینہ کے اندر نقب لگادی ہے، یا سبقتی شریلیں کو کھالیا ہے، یا اپنی پیپ حفرہ کے اندر خدج کر کے انقباض (suffocation) پیدا کر دیا ہے۔

تشخیص۔ ذبحہ لوزیہ (quinsy) جرابی التهاب لوزہ سے مشابہ ہو سکتا ہے۔ وہ زیادہ اکثر نیک جابئی ہوتا ہے، اس میں تپ زیادہ شدید ہوتی ہے، سرخی منفصل حصوں تک پھیل جاتی ہے، افزاطاتوں کے اندر جمع نہیں ہوتا، اور ممکن ہے کہ پیپ کا بالآخر پتہ چل جائے۔ بعض اوقات یہ دونوں حالتیں ساتھ ساتھ پائی جاتی ہیں۔

علاج۔ ارتفاع حرارت کا عام علاج استعمال کیا جاتا ہے۔ درد میں برف سے اکثر تخفیف ہو جاتی ہے۔ اسے چوسنا بھی چاہئے اور باہر سے بھی لگانا چاہئے۔ مادہ علامتوں میں کمی کرنے کے لئے سیلی سیلیٹ آف سوڈیم۔ اتنا ۵ اگرین کا داخلی استعمال ہر تیسرے یا چوتھے گھنٹے کیا جاسکتا ہے۔ کاربالک ترشہ کے گرم غسل (ایک فی صد) سے غارہ کرنا درگوشتیں دینا اگر نتیجہ شروع ہو گیا ہے تو گرمکیا (hot fomentations) اور پولیپس غالباً اس میں سرعت پیدا کرتی ہیں۔ جب پیپ معلوم ہو جائے تو پھوڑے کے ابھرے ہوئے حصے میں ایک لمبے نوکدار مشرط (bistoury) سے (جو اس کے آخری نصف انچ تک پلاسٹر سے ڈھکا ہوا ہوتا کہ دہن کے دوسرے حصے محفوظ رہیں) شکاف لگا دینا چاہئے۔ ابتدائی درجوں میں مصل وافع نباتیہ سببیہ کا شراب کرنا مفید ہوتا ہے۔

لوزتین کی مزمن عفونت (chronic sepsis of the tonsils)۔ بچوں میں اس کا وقوع عام ہوتا ہے، اور یہ اکثر لوزتین کی کلانی پیدا کر دیتی ہے جو ممکن ہے کہ مریض کی عمر کی زیادتی کے ساتھ ساتھ دفع ہو جائے۔ لیکن مزمن عفونی لوزتین چھوٹے، اور حلقوم کے کستروں کے درمیان گڑے ہوئے بھی ہو سکتے ہیں۔ مابقیہ مادہ التهاب لوزہ سے مزمن عفونت پیدا ہو سکتی ہے۔

امراضیات۔ بڑے ہوئے لوزتین سختی بانٹ اور جرابی بافتوں کی پیش پور ش ظاہر کرتے ہیں، ساتھ ہی طاقوں میں افزاکام و بیش اجتماع ہوتا ہے، اور طاسے بڑے ہوئے بھی ہوتے ہیں۔

مرکز التهاب لوزتین اہمیت رکھتا ہے اسلئے کہ وہ ایک ایسا ماسکہ ہم پہنچاتا ہے کہ جس سے جسم کے دوسرے حصے بذریعہ جوئے خون سرایت زدہ ہو سکتے ہیں۔ دانتوں کے مادی جنوزوں (apical abscesses) کے متعلق جو کچھ بیان کیا گیا ہے اس میں سے بہت سے کا اطلاق یہاں بھی ہوتا ہے۔ دندانی عضوت بالعموم زیادہ اہمیت رکھتی ہے لیکن بچوں میں لوزتین بحیثیت سرایت کے منبعوں کے نسبت زیادہ اہمیت رکھتے ہیں۔ دونوں صورتوں میں ثانوی سرایت کے وقوع کا امکان زیادہ ہوتا ہے کیونکہ ادلی مرکز گہرے مقام پر واقع ہوتا ہے۔ فی الحقیقت گارڈینر (Gardiner) نے علیہ میں نکالے ہوئے لوزوں کے عمقی رُخ سے ہمیشہ کاشتیں حاصل ہیں۔ حاد ریشہ (acute rheumatism) اور التهاب گردہ اکثر عفونی لوزوں سے ثانوی طور پر واقع ہو سکتے ہیں اور ممکن ہے کہ لوزتین در نہ کے جسم پر حملہ آور ہونے کے لئے ایک راستہ ہم پہنچا دیں۔ درحقیقت لوزتین کی بعض کلائیاں در نہ کی وجہ سے ہو جاتی ہیں اور لوزہ کی شعلہ نظریہ (actinomycosis) بھی دیکھی گئی ہے۔

**علامات**۔ لوزتین پھیکے گلابی رنگ کے سطح پر نمک دار اور کثافت میں سخت ہوتے ہیں اور ایک لٹوک (spatula) سے دبائے پر ان کے اندر سے پیپ یا چھنی مادہ نچوڑا جاسکتا ہے جب وہ صرف معتدل جسامت کے ہوتے ہیں تو ممکن ہے کہ کوئی مقامی علامات نہ پیدا کریں جب وہ بڑے ہوتے ہیں تو ساتھ غدد وہ بھی بڑے ہوتے ہیں اور ایسی صورت میں انفی نفیس میں رکاوٹ ہوتی ہے۔ بچہ منہ کھولے ہوئے سانس لیتا ہے اور چونکہ انفی راستے کم کام میں لائے جاتے ہیں لہذا اگلے منخر چھوٹے اور اجڑے (shallow) پچکے ہوئے ہوتے ہیں۔ نکلنے کے فضل میں دشواری ہوتی ہے اور وہ بیڈھنکے پن کے ساتھ عمل میں آتا ہے اور بولنے میں ایسا معلوم ہوتا ہے کہ گویا منہ کے اندر کوئی چیز رکھی ہوئی ہے۔ یوسٹیکیا یا اُنبوہ کی نازلت کی وجہ سے سُسنائی بھی کم دیتا ہے۔ دوسرے علامات جو ایسی اصابتوں میں رکھے جاتے ہیں یہ ہیں:۔ کھانسی، انفی نازلت، بے چینی اور

در دسہ

**علاج**۔ معیاری علاج لوزہ برآری (tonsillectomy) ہے اور ممکن ہے کہ

آج کل گردن میں تدریجی غدد کا نسبتہ شاذ پایا جانا اسی وجہ سے ہو کہ یہ علیہ کثرت کے ساتھ

انجم دیا جاتا ہے۔ تاوقتیکہ کوئی نہایت ہی واضح داعیہ موجود نہ ہو۔ اسال سے نیچے عملیہ انجام نہ دینا چاہئے کیونکہ لوزہ جن کے حفاظتی فعل کا ضیاع قتل و تشویشناک ثابت ہو سکتا ہے۔ بریڈ لے (Bradley) نے ایک پبلک اسکول میں دیکھا کہ ان لڑکوں میں کہ جن میں لوزہ بڑی انتہام دی گئی تھی، وہ بانی ناز لقی سرایت سب سے زیادہ شدید تھی۔ اگر عملیہ قرین مصلحت نہ ہو تو دبا کر افرات یا جینی تو دسے پھوڑ لئے جاتے ہیں، یا پچکاری کے ذریعہ یا چوس کر طاقوں میں سے باہر نکال دئے جاتے ہیں اور دافع عفونت لوزہ تیج (lozenges) دئے جاتے ہیں۔

## ذبحہ ونسٹ

(Vincent's angina)

یہ التہابی حالت دو شکلوں میں پائی جاتی ہے: (۱) تقریمی قرحات شکل میں گول ہوتے ہیں اور یہ مثالی طور پر ایک لوزہ پر، شاذ طور پر دونوں پر اور پیکوں میں زبان اور گالوں پر پائے جاتے ہیں۔ عفونت زدہ دانتوں کے گرد جو مسوروں کے قرحات پائے جاتے ہیں ان میں ونسٹ (Vincent) کا عصیہ تکلمنا (Bacillus fusiformis) پایا جاتا ہے۔ (۲) کاذب غشائی (pseudo-membranous)، جو ذہنیہ یا سے مشابہ ہوتی ہے۔ ممکن ہے کہ یہ لوزہ سے بڑھ کر گڑھ پیش کی غشائے مخاطی پر پھیل جائے۔ بعض اوقات یہ لوزہ کو مادف نہیں کرتی بلکہ اس کے بجائے نرم تالو کو اور خلقوم کے ستونوں کو مادف کر دیتی ہے۔ غشی غدد متورم ہو جاتے ہیں اور نکلنے میں دقت ہوتی ہے اور کچھ تپ موجود ہوتی ہے اور سانس بدبودار ہوتی ہے۔ یہ بھلی عموماً آٹھ یا دس دن میں غائب ہو جاتی ہے۔ تپ صرف خفیف سی ہی ہوتی ہے، غدد کبھی مستقیماً نہیں ہوتے اور انداز اچھا ہوتا ہے۔

ان حالتوں میں دو عضو یہ پائے جاتے ہیں:۔ (۱) عصیہ تکلمنا (Bacillus fusiformis)۔ بطول میں ۶ تا ۱۲ ہوتا ہے اور ایک طویل پتلے سے مثلث کی مانند نظر آتا ہے۔ یہ جوڑوں میں پایا جاتا ہے اور قاعدے باہم متماس ہوتے ہیں۔ یہ تاریک زمینی تنویر (dark-ground illumination) سے باسانی رکھا دیتا ہے۔ (۲) ونسٹ کے بیج مویہ (Vincent's spirochæte)۔

طلح - قرحات پر سلور نائٹریٹ کا ۱۰ فیصدی محلول روزانہ تصبیغ کرنا چاہئے۔  
 دو کو تکین دینے کے لئے ایسپرین (aspirin) دیا جاسکتی ہے۔ نووارسینو بنزال  
 (novarsenobenzol) کے اثرات کے ذریعہ مسوروں کی سربیت دور کیا جاسکتی ہے۔

## بلعومی لوزات

(pharyngeal tonsils)

یہ لطف آسا بانٹ کا ایک تودہ ہے، جو اپنی بلعوم میں واقع ہے، اور جس کے ساتھ  
 وہ منتشر گر گئیں سبھی ہیں جو روزن ٹکر (Rosenmuller) کے حفزات کی غشاء مخاطی میں اور  
 بلعوم کی پچھلی دیوار کی غشاء میں واقع ہوتی ہیں۔ یہ تودہ بے ڈنڈی یا ڈنڈی دار  
 ہو سکتا ہے، اور انگنت نما زائندوں پر مشتمل ہوتا ہے۔ یہ زائند ایسے شفاقات یا درزوں  
 کے ذریعہ جو حلقومی لوزہ کے طاقوں سے متماثل ہوتی ہیں، ایک دوسرے سے جدا ہوتے  
 ہیں۔ یہ استوائی ہڈی سرملہ کی ایک تہ سے ڈھکا ہوا ہوتا ہے۔ زندگی کے میسرے اور  
 دسویں سالوں کے درمیان اسکی کلانی عام ہوتی ہے۔ ممکن ہے کہ ایسی کلانی بچوں کے ساری  
 امراض کے بعد واقع ہو جائے، اور یہ اکثر نازلتی التهاب اللانف کے علوں کے ساتھ واقع  
 ہوا کرتی ہے۔

بلعومی لوزہ کی بیش پرورش [جسے اکثر غدا نما بالید (adenoid growth)  
 یا غدا ودہ (adenoids) کہتے ہیں] کے امراض بانی نتائج اہم ہوتے ہیں۔ ممکن ہے کہ  
 مزمن نازلت اور پروکوپوسٹیکلیائی انوبہ میں پھیل جائے، اور درمیانی اذن کا التهاب  
 (otitis media) اور اذن بعد مخاطی طبقہ (mucosa) کا مزمن التهاب پیدا کر دے۔  
 بچہ کے نشوونما کے دوران میں بعض تغیرات واقع ہو جاتے ہیں جن کا ذکر حلقومی لوزوں  
 کے عنوان کے تحت کیا گیا ہے۔ بچہ کا چہرہ لمبا ہو جاتا ہے۔ اجنٹہ اللانف (ala nasi)  
 پچک جاتے ہیں۔ اوپر کا ہونٹ چھوٹا اور باز کشیدہ ہو جاتا ہے۔ منہ اکثر کھلا رہتا ہے  
 اور اس طرح بچہ کا چہرہ احمقانہ (vacant expression) معلوم ہوتا ہے۔ یہ سب  
 لکڑ غدا و دی خلعت (adenoid facies) پیدا کر دیتے ہیں۔ کبوتر بینی (pigeon  
 breast) اور بلند منگی محراب بھی اکثر موجود ہوتی ہے۔

علامات۔ یہ بلاشبہ کلائی کی مقدار، انداس سے پیدا ہو جانے والے انفیجری تہذ کی مقدار کے لحاظ سے مختلف ہوں گے۔ یہ حسب ذیل ہیں:۔ بہترین، عارضاتی تنفس جو رات کو زیادہ خراب ہو جاتا ہے، خراٹے لینا اور شب نرسی (night-terrors) اور نازلتی التهاب اللانف، کارجمان، جس کے ساتھ افز میں کبھی کبھی خون ہوتا ہے۔ تلفظ کرنے میں م (M)، رن (N) حروف صحیح کا تلفظ خراب طرح ادا ہوتا ہے، کیونکہ منفذ انف میں ان آوازوں کی لگک نہیں پیدا کیا جکتی۔ بعض کہتے ہیں کہ غدودہ سے صہری تضخ المعجرہ (laryngismus stridulus) شب بولی (nocturnal enuresis) لگتے صرع اور تشنجات صبیانی کی غریب پیدا ہو جاتی ہے۔

علاج۔ اگر علامات زیادہ نمایاں ہوں تو باییدوں کو جو سختی طور پر خارج کر دینا چاہئے۔ ممکن ہے کہ نسبتہ خفیف امیانتوں کی اصلاح ایسی تنفسی ورزشوں سے ہو جائے جن کا مقصد یہ ہو کہ بچہ کوناک کے راستہ سے سانس لینا سکھایا جائے۔

## لسانی لوزات

(lingual tonsils)

لسانی لوزات، لطف آسایات کی وہ دو باتیں گرہیں ہیں جو قاعدہ زبان پر خط وسطی کے دونوں طرف واقع ہوتی ہیں۔ ان کی ساخت ویسی ہی ہوتی ہے جیسی کہ مقلومی لوزہ کی، اور ہر ایک میں دو باتیں طاقے ہوتے ہیں۔ وہ مقلومی لوزتین کی طرح لمبے ہو سکتے ہیں، ان کے طاقوں میں افز کا احتباس نسبتہ کم عام ہوتا ہے، لیکن وہ کبھی کبھی ہمیشہ پروردہ ہو جاتے ہیں جو کہ بالغوں کے نسبت بچوں میں زیادہ کثرت سے دیکھا جاتا ہے۔ اغلب ہے کہ ”خراش حلق“ (sore throat) کا وہ احساس جو خط وسطی میں اور کہیں حلق کے پیچھے محسوس ہوتا ہے، درحقیقت بہت سی مثالوں میں لمبے لسانی لوزات کی وجہ سے ہو۔ آخر الذکر ”حلق کی اُس علم گدگی“ کا سبب ہوتے ہیں جو ”حلق کی کھانسی پیدا کر دیتی ہے۔ نیز کالی کھانسی میں کھانسی انہیں سے پیدا ہو جاتی ہے۔ فیرک کلورائیڈ (ferric chloride) کے ۴ گرین کا ایک میر شدہ محلول جو کلیسیرین کے ساتھ ایک اونس تک بنا لیا گیا ہو، ایک سرے پر خمیدہ پنبہ گیر (wool holder) کے ذریعہ سے

لوزات پر لگانے سے کھانسی میں تخفیف ہو سکتی ہے۔ اسے لگاتے وقت زبان کو تاحید امکان  
باہر نکالنا چاہئے (2)۔

## مزمن التهاب البلعوم (chronic pharyngitis)

اسباب۔ بلعوم کا مزمن التهاب مکرر حادثوں سے پیدا ہو سکتا ہے۔ بچے  
مخزین (nares) سے سرایت کائیے گزر جانا ایک کثیر الوقوع سبب ہے اور تمام امیبتوں میں  
ناک اور نژدانی جو فوں کی حالت کی تفتیش کرنی چاہئے۔ علاوہ ازیں وہ بعض مضر اثرات  
مثلاً الکمل کے غلط استعمال، کثرت تمباکو نوشی، اور آواز کے مسلسل استعمال سے پیدا ہو جاتا  
ہے۔ اور جب ایک جلسہ عام میں تقریر کرنا یا شخص نیچے لیول پر بیٹھے ہوئے سامعین کے طرف  
خطاب کرنے میں ایسا سر نیچے جھکا نا اور اس طرح اُنی اعضا کو جو صوتی تلفظ نکالنے میں مصروف  
ہیں پھکاتا ہے، تو بلاشبہ وہ اس مرض کے وقوع میں ممد ہوتا ہے۔ مزمن التهاب البلعوم  
ہمیشہ نرم تالو، لوزین، یا ناک کے پچھلے حصے کے ایک مائل تغیر کے ساتھ ساتھ واقع  
ہوتا ہے۔

علامات۔ غشائے مخاطی سُرخ ہو سکتی ہے، اور اس کی وریدیں متسع ہوتی ہیں۔  
بعض امیبتوں میں بلعوم پر کثیر التعداد چھوٹے رمادی ارتفاعات منتشر ہوتے ہیں (جیبی  
التهاب البلعوم = granular pharyngitis)۔ دوسری امیبتوں میں چھوٹی خراشیدگیں  
(abrasions) یا تقرحات ہوتے ہیں۔ جیبی التهاب البلعوم کے رمادی روزات بڑھے  
ہوئے جراثیم یا مخاطی غد ہیں۔ غشائے مخاطی بعض امیبتوں میں وافر افراز سے ڈھکی ہوئی  
ہوتی ہے، اور مریض ہمیشہ کھنکھاتا اور تھوکنارہتا ہے۔ دوسری امیبتوں میں اس کی سطح  
خشک ہوتی ہے، جس سے نکلنے میں کسی قدر تکلیف اور وقت، اور ساتھ ہی جھجھکا ہوا درد اور  
کھانسنے کی خواہش پیدا ہوتی ہے۔

جیبی التهاب البلعوم (granular pharyngitis) اکثر ایک حد اگانہ عارضہ  
شمار کیا جاتا ہے۔ ممکن ہے کہ وہ حقیقی طعوم سے منجاذز ہو کر قلعہ بلعوم تک اور جمرہ تک پھیل  
جائے۔ غشائے مخاطی بیشتر امیبتوں میں خشک ہوتی ہے، لیکن بعض اوقات جراثیم مزاج

مخاط سے ڈھکے ہوئے ہوتے ہیں۔ ممکن ہے کہ اس سے تکلیف کچھ نہ ہو یا کم ہو۔ لیکن حلق کی خشکی اور کڑھائی (stiffness) اور ساتھ ہی کھانکے اور تنہو کرنے کی دائمی خواہش اور نکلنے میں تکلیف اور وقت واقع ہو سکتی ہے۔ بولنے کی کوشش سے بھی درد ہوتا ہے اور ممکن ہے کہ مریض کو مطلق صفا کرنے کے لئے توقف کرنا پڑے۔ حالات کی یہ صورت قیسین (clergyman) عام مقررین اور دوسرے ایسے ہی پیشہ والوں میں غیر عام نہیں اور اسی واسطے اسے قیسین کی خراش حلق ("clergyman's sore throat") کہتے ہیں۔ یہ طامات سردی کے تشف سے زیادہ ہو جاتے ہیں اور بعض مصنفین نے اس کی موروثی استعداد کا مشاہدہ کیا ہے۔

علاج۔ جیسی التهاب البلعوم میں مقامی علاج ضروری ہے۔ غارے چنداں کار آمد نہیں کیونکہ وہ نرم تالو سے آگے نہیں پہنچتے۔ لیکن بھنکری یا ٹانن (tannin) (ہر ایک آم تا۔ اگرین پانی کے ایک اونس میں) کے رشاشات (sprays) کام میں لائے جاسکتے ہیں یا حلق میں عابث محمولات لگائے جاسکتے ہیں جیسے کہ نائٹ آف سلور (۱۰ فیصدی) یا مینڈل کا صبغہ (Mandl's pigment) جس میں آیوڈائزڈ گلیسیرین ہوتا ہے (آیوڈین ۲۰ اگرین، یوناسیٹ آیوڈائزڈ ۲۰ اگرین، آئل مینٹھا پیپ ۵ قطرے، گلیسیرین تا بقدر ایک اونس)۔

## خلف البلعوم خراج

(retropharyngeal abscess)

اگرچہ یہ ایک جراحی شکایت ہے تاہم یہاں اس پر مختصر غور کی ضرورت ہے کیونکہ حلق کی بعض شکایتوں مثلاً خجری تسد (laryngeal obstruction) کی تشخیص کے اس سے پیچیدہ ہو جانے کا اندیشہ ہے۔ یہ شوک کی بوسیدگی سے اور زیادہ اکثر اوقات خلف البلعومی لطف آسا بانٹ کے التهاب سے پیدا ہو جاتا ہے اور بہ بلعوم کی پشت پر ایک ورم پیدا کر دیتا ہے جو ممکن ہے کہ خجروہ کو دیگر عسر البلع (dysphagia) بہر (dyspnoea) اور اختناق (asphyxia) پیدا کر دے۔ چنانچہ اسکو غلطی سے کروپ یا خجری ذنقیہ سمجھا جاسکتا ہے، لیکن آخر الذکر کی طرح اس میں کھانسی رولمی یا آواز بیسی ہوئی نہیں ہوتی، بلکہ یہ دونوں کسی قدر "تفرغی" ("gurbling") ہوتے ہیں۔



مٹھوک اصابت میں حلق کی پشت تک انگلی ڈالکر دیکھنا چاہئے جبکہ ایک توجہی ورم محسوس ہو جائے گا۔ اس میں سرجن سے تنگاف دلو اور دیکھا جائے۔

## التهاب حنجره

(laryngitis)

التهاب حنجره حادث یا مزمن ہو سکتا ہے اور متعدد اسباب سے پیدا ہوتا ہے۔ ان میں سے چند اسباب یہ ہیں:۔ نازلی التهاب پیدا کرنے والے معمولی حالات جن میں حاد التهاب الانف (acute rhinitis) کے باعث غور کیا گیا ہے۔ خراش اور بخارات اور غبار آلود موائے اکاماس۔ اجسام غریبہ (foreign bodies) کا انخرال (impaction) یا دوسرے طریقوں سے راستہ تغیر کر دینے کے حصوں، بلعوم، شعبات اور قصبتہ الریه یا بیرونی باقتوں سے التهاب کا پھیل جانا جو نوعی حمیات (acute specific fevers) سے ڈنقیہ یا اور کھرا۔ اور سب سے آخر میں برائے کامرض۔ مزمن التهاب حنجره تدریجی طور پر یا تو بالائی تنفسی خطہ سے یا ششوں سے ہو جانے کا نتیجہ ہوتا ہے۔ آتشک بھی حنجره پر حملہ آور ہوتی ہے۔ نتائج سبب کے لحاظ سے کسی قدر مختلف ہوتے ہیں اور ہم ایک نازلی التهاب حنجره (catarrhal laryngitis) ایک اذیتی التهاب حنجره (oedematous laryngitis) ڈنقیہ یا سے مخصوص ایک غشائی التهاب حنجره (membranous laryngitis) اور سلی ریوی (phthisis) اور آتشک کے التهاب حنجره کو باسانی شناخت کر سکتے ہیں۔

حادث نازلی التهاب حنجره۔ یہ بیشتر انہیں حالات کے باعث ہوتا ہے جو حاد التهاب الانف پیدا کر سکتے ہیں، لیکن خراش اور بخارات، غبار آلود ہوا غریب اجسام کے داخلے اور پچھلے منخرین (posterior nares) بلعوم یا شعبات سے پھیلنے والے التهاب سے بھی پیدا ہو جاتا ہے۔ یہ کھسپیں اور نسبت کم بار دوسری سرائیوں میں ہوتا ہے۔ علامات۔ آواز میٹھ جاتی یا بالکل غائب ہو جاتی ہے۔ حلق میں ایک گڑبگڑی (tickling) کا احساس ہو کر رُوکھی (husky) کھانسی آتی ہے جس کے ساتھ وقتاً فوقتاً غلا کے چھوٹے چھوٹے مہمات (plugs) نفث سے نکلتے ہیں۔ تنفس عموماً کم ہی متاثر ہوتا ہے۔

لیکن مثلاً صورتوں میں کسی قدر صرصرہ (stridor) موجود ہو سکتا ہے۔ اور بچوں میں بھر (dyspnoea) نسبت کثرت سے ایک نمایاں علامت ہوتی ہے۔ بخار، ضعیف یا باطل غیر موجود ہو سکتا ہے۔ جنوہ بین (laryngoscope) سے امتحان کرنے پر سوجھت (arytenoids) کے اوپر کی مخاطی جھلی متوزم اور سُرخ ہوتی ہے۔ اسبال الصوتی (vocal cords) بالغوں میں التهاب زدہ ہوتے ہیں، لیکن وہ عموماً نہایت کم تغیر ظاہر کرتے ہیں۔ ممکن ہے کہ ان کے اوپر اور ان کے درمیان کچھ مخاط پڑی ہوئی رکھائی دے۔ بلعینی بند (ventricular bands) ماؤں ہو سکتے ہیں۔

بچے میں التهاب جنوہ کی ایک قسم صرصری التهاب جنوہ (laryngitis stridulosa) میں مبتلا ہونے کا رجحان رکھتے ہیں، جس کی غیر خصوصیت یہ ہے کہ اغتصاص (suffocation) کی علامتیں یکایک، اکثر آدھی رات کے وقت، نمودار ہو جاتی ہیں۔ دن کے وقت صرف خفیف کھانسی اور آواز بیٹھتی ہوئی (huskiness) ہوتی ہے، لیکن رات میں بچہ دفعۃً کسی وقت خوف زدہ ہو کر جاگ اٹھتا ہے اور ساتھ ہی اسے شدید بھر (dyspnoea) اور بھونکنے کی آواز والی (barking) یا روکھی (husky) کھانسی ہوتی ہے، جس کے بعد پر شور (loud) اور لمبا بانگ دار (crowing) شہیق ہوتا ہے۔ آواز بھرائی ہوئی اور کمزور اور چہرہ (feature) منتہی (congested) ہوتا ہے۔ اگر یہ حالت قائم رہے تو ممکن ہے کہ چہرہ شامب اور کبود ہو جائے اور اغتصاص (suffocation) قریب الوقوع معلوم ہوتا ہے۔ لیکن عموماً تنورزی دیر میں علامتیں کم شدید ہو کر بچہ سو جاتا ہے۔ یا تو اسی رات کو چند گھنٹوں کی نیند کے بعد یا بعد کی راتوں میں ایسے ہی حملے ہو سکتے ہیں جن میں اغتصاص کا خطرہ ہوتا ہے اور ساتھ ہی کروچی (croupy) شہیق واقع ہو سکتا ہے۔ ان حملوں کے ساتھ بخار (معہ فروار زبان، تنہائے ہوئے سُرخ چہرے، اور گرم جلد وغیرہ کے) اس کے نسبت زیادہ ہوتا ہے کہ جتنا بالغوں کے نازلی التهاب جنوہ میں ہوتا ہے۔ یہ حملے غالباً اس وجہ سے ہوتے ہیں کہ مزمار کے اندر لزج (tenacious) مخاط کی موجودگی بخاری شہیق پیدا کر دیتی ہے۔ جب کسی ایسے بچہ کو "سردی ہو جاتی ہے" تو یہ علامتیں اسی بچہ میں مکرر پیدا ہو جانے کا جہان رکھتی ہیں، لیکن شاید ہی ہلک ہوئی ہیں۔

انذار۔ حاد التهاب جنوہ زیادہ تر امید افزا انذار رکھتا ہے۔ وہ عموماً چند روز کے

عرصہ میں رنج ہو جاتا ہے۔

تشخیص، بالخصوص بالنعوں میں، معمولاً سادہ ہوتی ہے۔ ذہنی یا اس سے زیادہ شدید ہوتا ہے اور اس کے ساتھ مفلوم پر جلی، جھٹی کافٹ، یا البیومن بولیت (albuminuria) کا ہونا ممکن ہے۔

204

علاج۔ مریض کو بولنا نہیں چاہئے۔ اسے ایک یکساں طور پر گرم کرہ ہوائی میں رکھنا چاہئے، اور ایک مناسب آلہ میں بار بار بھاپ کا استنشاق کرنا چاہئے۔ اس آلہ کو مرکب صنبیہ عود (tinct. benzoin co.) نصف اونس ایک پائنٹ پانی میں اسے بار کر کے ہیں۔ مینٹھال (menthol) (۲ یا ۳ گرین ایک اونس بکوڈ پیسٹ میں) روغن یو کا پیٹس (oil of eucalyptus) اور کریاسوٹ (creosote) کے رشاشات (sprays) بھی مفید ہوتے ہیں۔ ملطف مائعات (demulcent liquids) کو آزادانہ طور پر نوش کرنا چاہئے، یارف کے چھوٹے ٹکڑے جو سے جائیں۔ کھانسی کی خراش کی تخفیف آنتیون موجود رکھنے والی دواؤں (opiates) کے ذریعہ کرنی چاہئے۔ غذایا نظام غذائی (regimen) البتہ وہی استعمال کرنا چاہئے جو عموماً حموی حالتوں میں کام میں لایا جاتا ہے۔

صرصری التهاب حنجرہ (laryngitis stridulosa) کے لئے اکثر ایک مقوی (emetic) دوا مفید ہوتی ہے، جیسے کہ سلفیٹ آف زینک (sulphate of zinc) (۵ تا ۱۰ گرین) یا عرق الذہب (ipecacuanha) (اسکافوف ۲ تا ۴ گرین) یا اسکابینسڈ ایک ڈرام ہر دس منٹ کے وقفہ سے حتیٰ کہ قے پیدا ہو جائے۔ مزید برآں گرم فلالین یا ایک گرم اسفنج گلے پر لگا یا جاسکتا ہے۔ درمیانی وقفوں میں التهاب حنجرہ کا علاج گرم و نر کرہ ہوائی (بھاپ کی گیتلی) اور برومائیڈز (bromides) اور کلورل (chloral) کی قطری خوراکوں سے کرنا چاہئے۔

اذیمائی التهاب حنجرہ (oedematous laryngitis) یہ التهاب حنجرہ کا نتیجہ ہو سکتا ہے جو مختلف طریقوں پر پیدا ہو جائے۔ بعض اوقات یہ نازلی تصابتوں میں یا مرض برائٹ کے دوران میں ہو جاتا ہے۔ اس کا معمولی سبب حنجرہ کی مادیاتی بھی سرایت ہے۔ اس کے علاوہ شدید نئی علامات پائے جاتے ہیں اور اس میں بہت جلد اور مستعدی کے ساتھ علاج کرنے کی ضرورت ہوتی ہے۔

وہ مقامی اڈیمیا جو وائی عصبانی نتیج (angio-neurotic edema) کے نام سے بیان کیا جاتا ہے، اکثر اوقات خفجی بافتوں میں ہو جاتا ہے اور اکثر مہلک ہوتا ہے (ملاحظہ ہو وائی عصبانی نتیج)۔

مرضی تشریح۔ یہ سخت المخاطی بافت کے اندر التهابی مصل کے انصباب پر مشتمل ہے، اور اس مصل میں بہت سے سپید غلیظے موجود ہو سکتے ہیں، جس سے ممکن ہے وہ مصلی قیمی (seru-purulent) ہو جائے، یا بافت میں حقیقی ریم منتشر ہو جاتی ہے۔ علامات۔ بسا اوقات سرعت کے ساتھ نمویاب ہو جاتے ہیں۔ گلے کی خراش، نکلنے پر کچھ درد ہونا، اور اسکے بعد بہر جو کہ سرعت سے بڑھ جاتا ہے اور قصبہ شگافی کا متقاضی ہوتا ہے۔ خفجی امتحان کرنے سے برز ماد اور سبوحیات کا اڈیمیا بہت جلد پایا جاتا ہے۔ انداز وسیع اڈیمیا کی مثالوں میں خطرناک ہوتا ہے۔

علاج۔ دافع بنقات سببیہ مصل کے اثرات بہت جلد دینے کی ضرورت ہے۔ استنشقات جیسے کہ حاد التهاب خفجہ میں دئے جاتے ہیں آرام دہ ہیں اسی طرح گردن پر ٹھنڈے لاسقات۔ پست قصبہ شگافی کی نہایت ہی فوری ضرورت پڑ سکتی ہے۔

غشائی التهاب الحنجریہ (membranous laryngitis)۔ غشائی التهاب خفجہ کا عام ترین سبب دفتیریہ ہے جو یا تو حلقوم میں شروع ہو کر خفجہ تک پہنچ جاتا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 65) یا ابتدا ہی سے خفجہ پر حملہ آور ہوتا ہے اور اس وقت یا بعد میں حلقوم کو ماؤف نہیں کرتا۔ یہ نوٹ کر ناخالی از و جیسی نہیں کہ یہ اولی خفجی امراض بچوں میں بالغوں کے نسبت زیادہ عام ہیں، اور یہ کہ ان کے ساتھ البیومن بولیت (albuminuria) یا بعد میں شلل کا واقع اس کثرت سے نہیں ہوتا کہ جتنا ان امراض میں کہ جن میں ملق ابتداء ماؤف ہوتا ہے۔

غشائی التهاب خفجہ مرضی اسباب یا مقامی غراش آدوں، مثلاً کیمیائی بخارات، ابلتے ہوئے پانی، یا خارجی اجسام کے مغرور ہو جانے سے یقیناً پیدا ہو سکتا ہے۔ کھسرا میں غشائی التهاب خفجہ کے واقع ہونے کے یہ معنی ہیں کہ اس پر دفتیریہ یا سرایت مستزاد ہو گئی ہے۔

علامات۔ مقامی علامات اُن علامتوں سے ماثل ہوں گے جو دُفقیہ یا کُہنہ کے تحت بیان کی گئی ہیں، لیکن جب التهاب کا سبب زیادہ مزید طور پر ضربی ہو تو ایک مرض ساری کا سختی علامتیں غیر موجود یا کم نمایاں ہوں گی۔

تشخیص۔ عام طور پر ایسے بچے جن میں بلا کسی ظاہر سبب کے بھر، جھنکار و (ringing) یا کُرُوپی (croupy) کھانسی اور دیوار سینہ کی شبیہ کی باز کشیدگی (inspiratory retraction) موجود ہو، اور جن کا صرف چار روزیں دم گھٹ جانے (suffocation) کا خطرہ ہو، غشائی التهاب حشرہ میں مبتلا ہوتے ہیں۔ مزید برآں ایسے بچوں کی غالب تعداد میں دُفقیہ یا ہی اس التهاب غشائی کا سبب ہوتا ہے۔ لیکن حشرہ میں سے امتحان کرنا عموماً ناممکن ہوتا ہے اور حشرہ کی موجودگی کا اولین ثبوت قصبہ شگافی (tracheotomy) کے عملیہ کے وقت یا اس کے بعد حاصل ہوتا ہے۔ صرصری التهاب حشرہ (laryngitis stridulosa) سے اسکی شناخت (لاحظہ ہو صفحہ 203) بھر کے نبش زیادہ تدریجی ہو اور نبش زیادہ ہموار رفتار سے ہوتی ہے۔

تبادل تشنیں، ایک جسم غریبہ کی موجودگی ہے۔

علاج۔ غشائی التهاب حشرہ کا علاج اُسی طرح کیا جاسکتا ہے جس طرح کے دُفقیہ یا کُہنہ کے تحت میں مبتلا یا گیا ہے، اور یہ علاج اُس وقت جبکہ وہ دُفقیہ یا کُہنہ باعث ہو اور اس وقت جبکہ وہ ترمزی بخار کھسرا یا دوسرے کسی ساری مرض کے ساتھ متلازم ہو دونوں صورتوں میں کیا جاسکتا ہے۔ پہلی صورت میں دُفقیہ یا کُہنہ سم (antitoxin) استعمال کرنا چاہئے۔

205

منہ من نازلتی التهاب حشرہ (chronic catarrhal laryngitis)۔

یہ اکثر عاود التهاب حشرہ کے بعد ہوتا ہے، بالخصوص اُس وقت جبکہ آخر الذکر کا مناسب علاج آواز کو کامل آرام دیکر نہ کیا گیا ہو۔ یا بالائی تنفسی خلیہ کی سرایتوں سے التهاب حشرہ یا ذبولی التهاب الانف یا مزمن انفی تہد سے۔ نیز آواز کے بیجا استعمال سے ہوتا ہے۔

علامات۔ آواز کا بیٹھ جانا، اور گلے کی خراش جس سے خشک کھانسی پیدا ہوتی ہے۔ حشری امتحان کرنے سے حقیقی اجبال پر اوپر پچھلے طعن میں دباؤ تیز پائی جاتی ہے۔

تشخیص - یہ مریض نازلی التهاب حنجروہ اور تدرن اور آتشکی التهاب حنجروہ اور تدرن  
نمایہ کے دو یا بسا اوقات دشوار ہوتی ہے۔ مزید واقفیت کے لئے طالب علم کو حیاتیات کی مخصوص  
نصابی کتب دیکھنی چاہئیں۔

## تدرن حنجروہ

سل ریوی (phthisis) یا ریوی تدرن (pulmonary tuberculosis) کے  
مریضوں میں سے ایک معتد بہ تعداد کو حنجری عارضہ ہو جاتا ہے جسے پہلے سل حنجری  
(laryngeal phthisis) کے عنوان سے بیان کیا جاتا تھا۔ یہ حنجری بابت پر تدرن کے  
حقیقی حملہ کی وجہ سے ہوتا ہے اور یہ پھیپھڑوں میں درنے بننے کے بعد ثانوی طور پر  
ہوتا ہے۔ اسے عموماً ”حنجری تدرن“ (laryngeal tuberculosis) کہتے ہیں اور  
شاہ ایدور ڈیفنم کی صحت نگاہ ڈی ہرسٹ (Midhurst) میں سل ریوی کے جتنے مریض  
داخل ہوئے ان میں ۸۶ فیصدی میں اس مرض کے پہلے درجہ میں ۳۱ فیصدی  
میں اس مرض کے دوسرے درجہ میں اور ۵۵ فیصدی میں اس مرض کے تیسرے درجہ  
میں حنجری تدرن موجود تھا۔ مرد و عورت دونوں میں اس کا مساوی رجحان ہوتا ہے (3)۔  
تدرن کی ایک دوسری شکل جو حنجروہ کو ماؤف کرتی ہے، ڈبہ (lupus) ہو جو بطور باناگ  
سے پھیل آتی ہے۔

مرضی تشریح - درنے مخاطی یا تحت مخاطی بانوں میں غلیوں کے دقیق اجتماعات  
کے طور پر واقع ہوتے ہیں اور شاید یہ سطح پر خفیف اُبھار بنا دیتے ہیں جو کچھ عرصے میں  
گرد و پیش کے حصوں کا کم و بیش اکثر بہت زیادہ، اذیم اور ازاں بعد تقرح پیدا کر دیتے  
ہیں۔ متاخر اصابتوں میں یہ تقرح سبوحیات، بطینی بندوں، اجال اور بر مزار پر  
وسیع طور پر پھیلا ہوتا ہے۔ التهابی عمل شدید اصابتوں میں ریم آفرین عضویوں کی مدد  
سے زیادہ گہرا پھیلاؤ عمیق تھج، گرد و غضروفی التهاب (perichondritis) اور غضب  
کا تخر (necrosis) پیدا کر دیتا ہے۔ ہاؤ کے اکثر الوقوع مقامات، پچھلے ملتقی  
(posterior commissure) کے جوار میں ہوتے ہیں، یعنی بن سبوحی رقبہ سبوحی جم  
کی اگلی سطح اور صوتی زائڈس (vocal processes)۔ تواتر وقوع کے لحاظ سے اس کے بعد

اجبال الصوت (vocal cords) آتے ہیں۔

ایکے علامات 'مزمن التهابِ حنجروہ کے علامات جیسے ہوتے ہیں اور معمولی شدت کی امیبتوں میں یہ ہوتے ہیں کہ آواز بیسی ہوئی ہوتی ہے، روکھی کھانسی بار بار آتی ہے بعض اوقات ابتدائی درجوں میں طبیعی فشل (functional failure) کی وجہ سے آواز بالکل جاتی رہتی ہے۔ اسی طرح آخری درجوں میں اقبال صوتی کے تفریح کے نتیجہ میں آواز بالکل جاتی رہتی ہے۔ اور جب تفریح سبوجیات کے پچھلے حصوں پر حملہ آور ہوتا ہے تو بافتوں کے قدم کے باعث یا ان کے اطلاق اور حنجروہ کی کامل مسدودی میں مزاحمت ہونے کے باعث نہ صرف نکلنے میں درد ہوتا ہے بلکہ نکلنا مشکل ہو جاتا ہے۔ کبھی کبھی کھانسی شدید اور دورے کے ساتھ ہوتی ہے، اور نفث (expectoration) تغیر پذیر ہوتا ہے جس کا انحصار جسمہ کی حالت پر اتنا نہیں ہوتا کہ جتنا پھیپھڑوں کی حالت پر ہوتا ہے۔ قلیل التعداد امیبتوں میں تنفس میں بیدار کاوش پیدا ہو جاتی ہے۔ ۱۲ فیصدی امیبتوں میں حنجروہ کوئی مقامی علامت پیدا ہوئے بغیر تدریجی یا اکیلا۔ ابتدائی درجوں میں حنجروہ میں غشائے مخالی کا ثوب (pallor) ظاہر کرتی ہے اور ریل ری کی بہت سی امیبتوں میں حنجروہ کی قطعی عدم دمویت بالکل ابتداء ہی میں واقع ہو جاتی ہے۔ اقبال بطینی بندوں اور پچھلے لمبے میں امتلا کی غیر متشاکل جلیتیاں ایک خفیف درجہ کی صفات ہیں۔ یا زیادہ شدید امیبتوں میں ایک بطینی بند یا برمز مار پر ایک امتلا قرص دیکھا جاسکتا ہے۔ جب درستی واقع ہوتی ہے تو یہ حصے اکثر ایک مخصوص میز شکل اختیار کر لیتے ہیں اور سبوجی برمز ماری شکل ایک مادوں جانوں پر متورم ہو کر ایک شاخ بگلوچ نما یا ناشپاتی نما رسولی کی شکل اختیار کر لیتے ہیں جس کا قلعہ پیچھے کے طرف اور نوک آگے کے طرف ہوتی ہے۔ اور جب دونوں باؤں ہو جاتے ہیں تو یہ اور ام خط وسطی میں متضام ہو جاتے ہیں۔ برمز مار ایک دستار نما ورم بنا سکتا ہے۔ اور ممکن ہے کہ وہی وبازت بطینی بندوں کو باؤں کر دے، لیکن یہ اکثر محض رہتے ہیں۔ بالآخر متورم بافتوں پر نیز اقبال الصوت پر بالخصوص ان کے پچھلے حصوں میں قرعے بن جاتے ہیں۔

تشخیص۔ یہ کچھ تو حنجروہ میں مناظر سے اور کچھ پھیپھڑوں کی حالت سے کرنی پڑے، جو بہت سی امیبتوں میں ہیر کا تدریجی ہوتے ہیں سبوجی برمز ماری شکلوں کے ناشپاتی نما

اور ام اس حالت کا امتیازی خاصہ ہیں، لیکن جب یہ غیر موجود ہوں تو ممکن ہے کہ اسے  
منہ من نازلتی التهاب حنجریہ (chronic catarrhal laryngitis) سے اور آتشکی  
مرض سے تمیز کرنے میں وقت ہو۔ اول الذکر میں نڈرنی التهاب حنجریہ کے نسبت کہ درم اور  
زیادہ امتلاء ہوتا ہے۔ آتشک میں قرحے عموماً زیادہ بڑے اور زیادہ گہرے ہوتے ہیں،  
وہ ایک نسبتہ زیادہ طہب قاعد سے پرواقع ہوتے ہیں، اور منفرد ہوتے ہیں۔ دباؤت  
زیادہ بے قاعدہ ہوتی ہے، اور مرض اکثر ایک جانب ہوتا ہے۔ بعض اوقات سرطان تقرح  
کو نڈرنی تقرح سے تمیز کرنا مشکل ہوتا ہے۔ سرطان اکثر بگ جانہ ہوتا ہے اور نسبتہ  
زیادہ عمر والے مریضوں میں پایا جاتا ہے۔

انذار۔ حنجری نڈرن کی موجودگی اسکے ساتھ واقع ہونے والی سِل ریوی کے  
انذار کو زیادہ یاس انگیز بنادیتی ہے (ملاحظہ ہو صفحہ ۱۷۱)۔ مڈہرسٹ (Midhurst)  
میں التهاب حنجریہ سے شفا یابی ۴۴ مریضوں میں سے ۲۵ فیصدی میں ہوگئی۔ اکثر وہ  
بیشتر جیسے جیسے کہ سِل ریوی ترقی یا تھقہر کرتی جاتی ہے، حنجری حالت بھی ترقی یا تھقہر کرتی  
ہے۔ لیکن ایسا ہمیشہ واقع نہیں ہوتا۔ ممکن ہے کہ سِل ریوی کے خراب تر ہو جانے پر  
بھی حنجریہ شفا یاب ہو جائے۔ لیکن اگر سِل ریوی میں اصلاح ہو رہی ہے تو مناسب  
علاج کے ساتھ حنجریہ کبھی خراب تر نہیں ہوتا۔

علاج۔ پھیپھڑوں میں کے مرض کا علاج کرنا ضروری ہے، جس کا کہ حنجری  
نڈرن فی الحقیقت ایک جزو ہے۔ فینسن (Finsen) کی روشنی کے ذریعہ جسم کی تشدید  
تشفیع کرنے کی حکمت کی گئی ہے مثلاً کوپن ہیگن (Copenhagen) میں حنجریہ کے مقامی علاج  
میں اہم ترین عنصر یہ ہے کہ مریض بالکل خاموش رہے، حتیٰ کہ اسے سرگوشی کی اجازت  
بھی نہ دی جائے۔ ممکن ہے کہ بعض مریضوں میں اس سے دماغ پر بہت زور پڑے۔  
ایسی حالتوں میں گاہے گاہے سرگوشی کرنے کی اجازت دی جاسکتی ہے۔ جہاں زیادہ  
درجہ تک (infiltration) موجود ہو بابت کے اند ایک باریک پلاٹینی نوک گہری  
داخل کر کے گیلوانی کاوی کوچکا (galvanic-caustic puncture) لگانا بہت

کامیاب ثابت ہوا ہے، لیکن اسکا استعمال صرف وہیں کرنا چاہئے جہاں پھیپھڑوں  
میں قاعلی مرض کی کوئی شہادت موجود نہ ہو۔ کوکین (cocaine) کے ۲۰ فیصدی محلول کے



۵ قطروں کے اقطار (instillation) سے عدم حسیت پیدا کرنے کے بعد ایک وقت میں عین یا چار کو کے دئے جاسکتے ہیں۔ یہ کچھ کا ایک ایسے وقفے کے بعد جو دو ہفتوں سے کم کا نہ ہو، مکرر لگایا جاسکتا ہے۔ ترقی یافتہ اعصابوں میں درو کیلئے (orthoform) اور معدلات حس (anæsthetics) کے ذریعہ حفرہ کے نفوحات کرنا مفید ہے اور حتیٰ کہ فوقانی حفری اعصاب میں ایک اشرب کرنا۔ زیادہ بڑی ہوئی اعصابوں میں قصبہ شکنائی کے متعلق غور کیا جاسکتا ہے، تاکہ حفرہ کو آرام ملے۔

## حفرہ کی آتشک

آتشک، حفرہ کو متعدد طریقوں سے ماؤف کرتی ہے۔ مورثی شکل میں شیر خواری اور طفلی کے زمانہ میں۔ اکتسابی شکل میں ثانوی، ثالثی اور درمیانی درجوں میں۔ اکتسابی آتشک کے ثانوی غیر آشنائیں اور مزمن پیش و موبت (chronic hyperæmia) اور تقرحات، اور قلعہ حیات (condylomas) یا مخملی چلکتیاں ہیں، جن میں سے آخری ذکر نہایت شاذ ہوتی ہیں۔ مرض کے آخری درجوں میں حفرہ کی منتشر درخشنگی نہایت عام ہوتی ہے۔ چھوٹے صغیاتی (gummas) بہو جسامت میں ایک البین کے سر سے لیکر مٹر کے برابر مختلف ہوتے ہیں اور عین تقرحات کبھی کبھی دیکھے جاتے ہیں۔ کبھی کبھی حفری اذیمہ اور التهاب گرد غرونی (perichondritis) مع حفری تیخ کر کے پیدا ہو جاتے ہیں، اور ممکن ہے کہ قروح کا اذباب ندبات پیدا کر دے، جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ حفرہ کے شدید اعوجاجات (distortions) یا مزمار کے انقباضات پیدا ہو جاتے ہیں۔

علامات - یہ ممیز نہیں ہوتے، اور ضرر کی شدت کے لحاظ سے بہت مختلف ہوتے ہیں۔ آواز بیٹھ جاتی یا جاتی رہتی ہے، کبھی کبھی ابتدائی درجوں میں کھانسی اور آخری درجوں میں کم و بیش بھر موجود ہوتا ہے۔ سوائے اس صورت کے کہ برز بار میں صغیاتی قروح موجود ہو، عمر البعل شاذ ہے۔ ممکن ہے ہر سرعت کے ساتھ پیدا ہو جا اور اس طرح قصبہ شکنائی کی ضرورت لاحق کر دے۔

تشخیص - ثانوی التهاب حفرہ، آتشک کی دوسری امارتوں مثلاً جلدی، لکڑی، لکڑی کی بنا پر تشخیص کیا جاتا ہے۔ ثالثی آتشک، باستانہ، ایک مثالی صغیاتی قروح کے، حفری یا

مرمی نازلی التهاب الجنبہ کے ساتھ مشابہت رکھتا ہے۔ ایک مثبت و ازیمینی کاشفہ شخص کا فیصلہ کر دیتا ہے۔

علق - نافع آتشک علاج مستعدی کے ساتھ عمل میں لانا چاہئے۔ ایک عام عقیدہ یہ ہے کہ پوٹاسیم آیوڈائیڈ کے استعمال سے اُذیمائے مزمار (œdema of the glottis) کا پیدا ہونا ممکن ہے، لیکن یہ درست نہیں ہے۔ جگر کو آرام دینے کے لئے ابتدائی درجوں میں جگرہ شکافی کا علیہ کر دینا چاہئے، اس سے پہلے کہ مذہبی انقباض کی وجہ سے اس کا کیا جانا ناگزیر ہو جائے۔ آزالڈہ کی صورت میں مریض کو ساری عمر ایک نئی پہننی پڑتی ہے۔ لیکن مرمار کا اتساع (dilatation) میکانی طور پر عمل میں لانے کی یا کاٹنے والے کلاب (cutting forceps) یا مُوس (dilator) یا کتبلی (electric cautery) سے ایک جالے کو کاٹ دینے کی کوششیں کی جاسکتی ہیں۔

## جگرہ کے سلعات

سلعہ حلیمہ (papilloma) اور سلعہ لیفیہ (fibroma) صوتی اجبال پر عام ہیں، باقی تمام سلعات شاذ ہیں۔ ویسٹ برمن مار کے ہم پہلو اور واویچہ میں بروز کرتے ہوئے دیکھے جاتے ہیں لیکن بالعموم یہ علامات سے متبرہ ہوتے ہیں۔

علامات - آواز کا بیٹھ جانا۔ اور اگر سلعات لمبیہ متعدد یا بڑی جسامت کے ہوں تو بہرہ جو کہ بعض اوقات اس درجہ تک پہنچ جاتا ہے کہ قصبہ شکافی کی ضرورت پڑتی ہے۔

علاج - یہ ہے کہ سلعہ کو جراحی علیات کے ذریعہ نکال دیا جائے، جنکی تفصیلات کے لئے قارئین کو جراحی تصنیفات یا خصوصی مقالات ملاحظہ کرنے چاہئیں۔

سلعات خبیثہ (malignant tumours) - یہ نہایت عام طور پر سرطان سلعات (carcinoma) ہوتے ہیں، لیکن لحمی سلعات (sarcoma) بھی واقع ہوئے ہیں۔ یہ عورتوں کے نسبت مردوں میں زیادہ کثیر الوقوع ہیں اور عموماً ۵۰ سال کی عمر کے بعد پیدا ہوتے ہیں۔ جگرہ کے درونی مسطحانی سلعات کی ابتداء ذیل کے مقالات پر

ہوتی ہے :- (۱) اجبال الصوت پر پچھلے نطوں کے نسبت زیادہ عام طور پر اگلے اور کھلی  
 نطوں میں۔ (۲) تحت المزمار (subglottic) نطے میں زیادہ عام طور پر خجروہ کے اگلے  
 حصے میں۔ جل صوتی کا سرطانی سلعہ عرصہ دراز تک جل تک اور اس کے ہم پہلو جانب خجروہ  
 میں محدود رہ سکتا ہے لیکن بالآخر اس کا مقامات ذیل تک پھیل جانا بھی ممکن ہے :- (الف)  
 اگلے نطقی کے آریار۔ (ب) تحت المزمار نطے میں۔ (ج) اسبرجیات میں۔ ممکن ہے کہ  
 بالآخر مزمار خجروہ ماؤف ہو جائے۔ آخری درجوں میں یہ متفرق ہو جاتا ہے، اسکے حاشیوں کے  
 اس پاس روئیدگیاں پھوٹ نکلتی ہیں اور یہ بھی اپنی باری سے متفرق ہو جاتی ہیں۔ اکثر  
 سطح پیپ سے یاد موی مخاطی پیپ (sanguineous muco-pus) سے ڈھکی ہوئی  
 ہوتی ہے، اور کبھی کبھی آزادانہ زف ہو سکتا ہے۔ اذیمائی التهاب خجروہ اور التهاب بکرہ غضروفی  
 (perichondritis) بطور پیچیدگیوں کے واقع ہوتے ہیں۔ اس میں شبہ نہیں کہ  
 بعض اوقات بلعوم کے سرطانی سلعہ کے پھیلنے سے خجروہ ماؤف ہو جاتا ہے (خجروہ کا بعد زف  
 مہ، طانی سلعہ)۔

**علامات** - ابتدائی ترین علامت یہ ہے کہ آواز میٹھ جاتی (huskiness) ہو  
 یا بھرائی ہوئی ہوتی ہے۔ خجروہ میں سے امتحان کرنے پر ایک رسولی ظہر ہوتی ہے۔  
 ابتدائی ترین درجوں میں جل صوتی اکثر حرکت پذیر ہوتی ہے، لیکن جب بالیہ پھیل جاتی ہے  
 تو مثبت ہو جاتی ہے۔ آخری درجوں میں ممکن ہے کہ شدید درز اور پھس (dyspnea)  
 ہو۔ جوں جوں تفرق بڑھتا جاتا ہے تنفس بدبودار ہوتا جاتا ہے، اور ممکن ہے کہ زف  
 واقع ہو جائے۔ تاوقتیکہ مرض کا اخیر درجہ نہ ہو، غدوکا ماؤف ہونا بہت نادر ہے۔  
**تشخیص** کا انحصار آخر الامر حیوی معائنہ (biopsy) پر ہوتا ہے۔  
**انذار** - اگر اس حالت کی تشخیص ابتدائی ترین درجہ میں ہو گئی ہے تو انذار  
 نسبت زیادہ امید افزا ہوتا ہے۔ اکاون مریضوں کے ایک سلسلہ میں جس میں خجری اشتقاق  
 (laryngo-fissure) کے بعد رسوا نکال دی گئی تھی، ایک سے تیر سال بعد تک ۸۰  
 فیصدی میں کس مرض نہیں ہوا، لیکن ان میں سے چوتھائی مریض دوسرے اسباب سے  
 ہلاک ہو گئے۔ ۱۶ فیصدی میں مقامی کس (local recurrence) واقع ہوا۔ فوری  
 عملی طاقت نہایت محدود تھی (۱۰)۔

علاج یہ ہے کہ حنجری انشقاق (laryngo-fissure) کے بعد رسولی کا استیصال کر دیا جائے۔ یا یہ کہ درتی جناح میں سے ایک دریمہ جزوی استیصال کیا جائے۔ ہے اور اس کی راہ سے بالید کے بیرونی رخ تک ریڈیم سونیاں داخل کی جاتی ہیں۔

## حنجرہ میں اجسام غریبہ

(foreign bodies in the larynx)

مختلف اوقات میں حنجروں کے اندر کثیر التعداد اجسام غریبہ (foreign bodies) داخل ہو گئے ہیں۔ ان میں سے مٹر، بھلیوں کے بیج (beans)، بٹن، سکے، ہڈیوں کے ٹکڑے، کوڑیاں، سنگریزے، مصنوعی دانت، صنوبری غذا کے ٹکڑے اور بچوں کے کھلونوں کے ٹکڑے ہیں۔

علامات کی تقسیم تین درجوں میں کی جا سکتی ہے:۔ (۱) ابتدائی شنج (initial spasm) جو کہ کھانسی کے ایک شدید دورے کی شکل میں ہوتا ہے جس سے بالعموم داخل شدہ شے نکل جاتی ہے۔ اگر یہ واقع نہ ہو تو ممکن ہے کہ تسدد فوراً مہلک ثابت ہو جائے۔ لیکن اگر ایسا نہ ہو تو اس کے بعد (۲) ایک زمانہ سکون (quiescent period) واقع ہوتا ہے جو چند گھنٹوں سے نیچر بہت یروں تک قائم رہ سکتا ہے۔ علامات اتنے خفیف ہو سکتے ہیں کہ مرہیں یا اس کے احباب کو ہمیشہ یہ معلوم نہیں ہوتا کہ ایک جسم غیب اندر داخل ہو گیا ہے۔ (۳) چٹا الہباب، جو سرایت کے باعث ہوتا ہے، آٹانوی علامات، آواز کا بیٹھ جانا (hoarseness) درد، کھانسی وغیرہ پیدا کر دیتا ہے۔

ہر درجہ میں جسم غریب کی وضع کا تغیر دفعۃً موت پیدا کر سکتا ہے۔ علاج۔ پہلے درجہ میں سر کو پکڑ کر شیچے جو کانا مفید ہے تاکہ جسم غریب اپنی جگہ سے ہٹ کر نکل جائے۔ اگر علامات خطرناک نظر آئیں تو قصبہ شکافی (tracheotomy) کا عمل کر دینا چاہئے۔ دوسرے درجہ میں جسم غریب کا یقین مقام کر کے اسے ایک دوں بین (endoscope) کی وساطت سے نکال دینا چاہئے۔ اگر جسم غریب لاشعاعوں (X-rays) کے لئے شفاف ہے تو یہ بھی ایک نتیجہ تمام کیلئے

منقید ہو سکتی ہیں ۔

## عضلات حنجرہ کا شلل

چونکہ باز گرد حنجری عصب (recurrent laryngeal nerve) یعنی حنجرو کا خاص ہر کی عصب ایک تمیز و مخصوص نمبر رکھتا ہے، لہذا ان عضلات کا شلل، بسا اوقات اس سے بہت زیادہ تشخیصی اہمیت رکھتا ہے کہ جتنی ایک مقامی طور پر پیدا ہونے والی تکلیف کی ہوتی ہے۔ لیکن یہ نہ صرف اعصاب حنجری کے ضررات سے، بلکہ ان کے مبداء سے اوپر عصب تانیہ کے ضررات سے اور جہاں نواتے واقع ہیں وہاں نخرامع متطیل کے ضررات سے بھی پیدا ہو سکتا ہے جیسا کہ حنجری شلل بصلی شلل (bulbar paralysis) کا جزو ہوتا ہے یا آئنٹاف سے اور سلعات سے جو کہ نخرامع متطیل کو اور پچھلے جمبی مفرد کے ام جافیہ کو متاثر کرتے ہیں پیدا ہوتا ہے اور کبھی کبھی ہزال پٹھری (tabes dorsalis) شلل عمومی (general paralysis) نخامی جو فیت (syringomyelia) اور منتشر قصلب (desseminated sclerosis) کے ساتھ پایا جاتا ہے۔ ممکن ہے کہ عصب تانیہ گردن میں کی رسولیوں اور بڑے ہوئے غد سے دب جائے یا گولیوں کے زخموں یا چھروں (cuts) سے جو حادثہ کا نتیجہ ہوں یا جراحی غلیبہ کے دوران میں لگے ہوئے ہوں متضرر ہو جائے۔ باز گرد حنجری اعصاب دو مقامات پر خطرے میں پوتے ہیں، یعنی سینہ اور گردن میں اور چونکہ بایاں عصب محراب اور طئی کے گرد خم کھاتا ہے اسلئے اس کے متضرر ہونے کا زیادہ امکان ہوتا ہے، لیکن دایاں عصب زیر تر تونی شریان سے نیچے نہیں جاتا مزمن سلی ریوی (chronic phthisis) میں راس شش پر کی یعنی دبازت کے اندر دونوں میں سے کوئی بھی ماؤف ہو سکتا ہے، لیکن بایاں عصب محراب اور طئی کے آؤر ساؤسلی سلعات (mediastinal tumours) بڑے ہوئے شعبی غد اور مٹھرائی مضیق (mitral stenosis) کی اصابت میں ایب متسع بایں اؤزین سے دب جانے کا خاص امکان رکھتا ہے۔ گردن میں دونوں اعصاب حنجرہ کے طرف صعود کرتے ہوئے قصبۃ الریہ اور مری کے درمیان واقع ہوتے ہیں، چنانچہ ممکن ہے کہ آخر الذکر کے سرطانی سلعہ میں دونوں سلیکٹ ماؤف ہو جائیں یا بڑے ہوئے جسم درقی سے دب جائیں۔ شلل کا وقوع

دیفنسیس یا انفلوئنزا، التهاب رماوالد ماغ (polio-encephalitis) اور دوسرے ساری امراض، مزمن تحلیلیت، اور سیسہ اور سنگیہا کے زہر کے باعث بھی ہو سکتا ہے۔

ان تمام مثالوں میں شلل سب سے پہلے اجمال صوتی کے مبعّد عضلات کو متاثر کرتا ہے اور بعد میں مقرب عضلات ماؤفہ ہوتے ہیں جب صرف مقرب عضلات کا فعال رائل ہو تو عارضہ وظیفی (functional) یا میسیریائی ہوتا ہے (ملاحظہ ہوں مابعد صفحات)

صوتی اجمال کا مکمل شلل جب جل صوتی کو حرکت دینے والے تمام عضلات شلل ہو جاتے ہیں تو جل، قفسیہ اور تبعید کے درمیان ایک وضع (جس کو جیفی وضع (cadaveric position) کہتے ہیں) اختیار کر لیتی ہے۔

ایسی صورت میں آواز کمزور ہوتی ہے اور اگر زور سے بولنے کی کوشش کی جائے تو آواز کا ارتفع (pitch) بلند ہو جاتا ہے۔ مگر جسے یہ دھیمی ہو کر سرگوشی کی سی پہنچائے۔ کھانسا ناممکن ہوتا ہے، نیند کے دوران میں پر شور صرصرہ پایا جاتا ہے، حقیقت یہ ہے کہ ڈھیلے اجمال کے باہم چسپے جانے کی وجہ سے جو اعصاب کا خطرہ ہے وہ قصبہ شنگانی کی ضرورت لاحق کرتا ہے۔ یہ حالت مثالی طور پر ہزال ظہری (tabes dorsalis) میں دیکھی جاتی ہے۔

عضلات مبعّدہ کا شلل (paralysis of the abductors) اگرچہ کہ باز گردنجرى اعصاب میں جو حلقی درتی عضلہ (cricio-thyroid) کے سوائے حنجرہ کے تمام عضلات کو عصبی رسید پہنچاتے ہیں، عضلات مقربہ (adductors) اور عضلات مبعّدہ (abductors) دونوں کے لئے ریشے موجود ہونے چاہئیں، تاہم یہ حیرت ناگ واقعہ ہے کہ ان اعصاب کے حلی ترقی پذیر ضررات (سلامات یا انور سلسلے سے بچکاؤ ہونا) ابتداءً صرف عضلات مبعّدہ (abductors) (پچھلے حلقی) ہیچوی عضلات (cricio-artenoidei posterior) کا شلل پیدا کرتے ہیں۔

یہ صرف بعد میں ہوتا ہے کہ داخلی عضلات ناشرہ (internal tensors) (انسافی ہیچوی عضلات thyro-arytenoidei) متاثر ہوتے ہیں اور سب سے آخر میں غاس

عضلات مُقَرَّب (adductors) (حلقی مُسَبَّوِی جَانِبِی عضلات) crico-arytaenoidei = laterales) ماؤف ہوتے ہیں۔ مُبَعَّد ریشے ایک علحدہ بندل بناتے ہیں، جو کُتے کے بازو گرد حنجری عصب میں مقرب ریشوں سے اندر کی طرف واقع ہوتا ہے (Risien Russell)۔ لیکن سارے عصب کو ماؤف کرنے والے ضررات سے اُن کے زیادہ ماؤف ہو جانے کے امکان کی وجہ جیسا کہ تجربہ سے بتلا دیا گیا ہے، بظاہر یہ ہے کہ وہ بیرونی اثرات کی مدافعت کی قوتیں نسبتہ کم رکھتے ہیں۔ عضلات مُبَعَّد کا شلل شجاع مُتَطیل کے ضررات سے بھی پیدا ہوتا ہے جہاں یہ خیال کیا جاسکتا ہے کہ اُس کا انحصار بعض اوقات مُبَعَّد ریشوں کے نوات کی مُجَدَّ گانہ ماؤفیت پر ہے، اگرچہ ایسے حالات کے تحت تنہا عضلات مُقَرَّب کا شلل کبھی نہیں پیدا ہوتا۔ عضلات مُبَعَّد کے اس طریقہ سے پیدا ہونے والے شلل کے عام ترین متلازمات آتشک اور مزل (tabes) ہیں۔ یہ نوٹ کرنا چاہئے کہ عضلات مُبَعَّد کے کوئی فوق النوات (supra-nuclear) ضررات نہیں ہوتے۔ غالباً عضلات مُبَعَّد کا شلل بعض اوقات ایک ایسے تغیر کا نتیجہ ہوتا ہے جو ادنیٰ طور پر عضلہ کے اندر واقع ہوتا ہے۔

ضرر کا یہ اثر ہوتا ہے کہ دوران تنفس میں جبل صوتی، چونکہ وہ کامل طور پر تبعد یافتہ (abducted) نہیں ہوتی، لہذا جبینی وضع میں رہتی ہے اور ابتدائو ہوا کے گذر کے لئے دافضاء دیتی ہے۔ لیکن کچھ عرصہ کے بعد مخالف العمل عضلہ، یعنی عضلہ مُقَرَّب (adductor) منقبض ہو جاتا ہے اور جبل صوتی تقریب (adduction) کی وضع میں گنچ آتی ہے۔ اس لمحہ عضلات مُبَعَّد کے دو جانبی شلل میں اجمال الصوت مُتَعَلَّظ و سلی میں ایک دوسرے سے قریب آجاتے ہیں اور اُن کا درمیانی فاصلہ  $\frac{1}{2}$  انچ سے کم رہ جاتا ہے۔ تصویریت کی کوشش کرنے پر وہ خط درمیانی میں پورے طور پر مل جاتے ہیں۔ شہیق کرنے پر وہ جدا نہیں ہوتے بلکہ ایک دوسرے سے قریب تر گنچ آتے ہیں۔ زفر کرنے پر وہ شاذ و غریب حرکت کرتے ہیں، یا شہیق میں جو اُن کی خفیف سی حرکت ہوتی تھی اُس کے برعکس معنون میں حرکت کرتے ہیں۔ اہم علامت بکھر (dyspnoea) ہے، جو مزمار کی متقل شل کی کا نتیجہ ہوتا ہے۔ اس کے ساتھ عموماً دوران شہیق میں صرصر (stridor) ہوتا ہے، جو زور لگانے پر خراب تر ہوتا ہے اور نیزیں اکثر نہایت بلند ہو جاتا ہے۔ آواز ماف، یا کسی قدر بھیجی ہوئی ہوتی ہے بکھانے کا عمل پورے طور پر انجام دیا جاسکتا ہے۔

جب صرف ایک جبل صوتی مشلول ہوتی ہے تو بہر صفت زور لگانے پر ہوتا ہے اور صرصرہ کم یا غیر موجود ہوتا ہے۔ تقویت کرنے پر تندرست جبل صوتی "مشلول جبل صوتی سے خط و سلی کے اوپر مل جاتی ہے" اور آواز طبی رہتی ہے۔

تشخیص - عضلات مہقہ کا شلل ان حالتوں سے خلط طوط ہو سکتا ہے۔ عضلات مُقَرِّب (adductors) کا شلج، تقریب کی وضع میں سوجھیا کی جُسلو (ankylosis) اور اجمال الصوت کا بڑا ہوا فعل جس میں وہ دورانِ تہیق میں بجائے باہر کے طرف کے اندر کے طرف حرکت کرتے ہیں۔ جب سوجھیا جاسی (ankylosed) ہوتا ہے تو جبل صوتی بالکل ثبت شدہ ہوتی ہے اور مفصل کے گرد و پیش ٹوٹا کچھ دبازت ہوتی ہے۔

یہ یاد رکھنا اہم ہے کہ وہ ضرر جو عضلات مہقہ کا ایک جانبی یا دو جانبی شلل پیدا کرتا ہے، دباؤ (انورسما رسولی) سے یا ندیہ (cicatrix) (آتشک) کی وجہ سے ساتھ ہی قصبہ الریہ کی تنگی بھی پیدا کر سکتا ہے اور ایسی صورت میں آخر الذکر کی وجہ سے جو صرصرہ (stridor) اور بہر پیدا ہوتا ہے وہ غلطی سے اول الذکر کے ساتھ منسوب کیا جاسکتا ہے۔ قصبی تنگی عموماً زخیری اور شہیتی صرصرہ پیدا کرتی ہے۔ تاہم زخیری تنگی کی بونہی میں ایک قصبی تند کو یقینی طور پر شناخت کر لینا کسی طرح آسان نہیں نیز ملاحظہ ہو صفحہ (129)۔ اسکے بعد شلل کے بعد سبب کو دوسرے علامات (مثلاً نزال تنج اور مرکزی جسمی ضرر) کی طرف اشارہ کرنے والے یا صدی انورسما یا گردن اور سینہ کی رسولیوں کی طرف اشارہ کرنے والے علامات) پر غور کر کے تشخیص کرنا پڑتا ہے۔ بائیں جبل صوتی کے شلل کا ایک نہایت کثیر الوقوع سبب انورسما ہے۔ مگر ہے کہ استمان و اندمن اور رائجی شاموں کا استعمال کرنا پڑے۔

انذار عموماً خطرناک ہوتا ہے۔ بہ استثناء اس صورت کے کہ جہاں آتشک سبب مرض ہو، شفا یابی کی بہت کم امید ہے۔ جب دونوں طرف تبعیدی شلل موجود ہو تو دم گھٹ کر موت کے واقع ہو جانے کا خطرہ ہیشہ موجود رہتا ہے۔ اگر عضلات مہقہ (adductors) بعد میں مشلول ہو جائیں تو تنفس کے تند میں کمی واقع ہو جاتی ہے، لیکن بے صوتی (aphonia) پیدا ہو جاتی ہے۔ ایسے اولی ضرر مثلاً سرطان مری (oesophageal cancer) یا دوبرے انورسما سے موت واقع ہو سکتی ہے برائی طویل الدت



اصابتوں میں پچھلے حلقی سبوجی عضلات بالکل مذبول ہو جاتے ہیں۔  
 علاج۔ اگر دوسرے شکل کا سبب مرکزی ہے، یا اگر آتشک اس کا سبب ہے،  
 تو مستعدی کے ساتھ دافع آتشک علاج کا انتظام کرنا چاہئے۔ لیکن اگر جلد مفتوں میں کوئی  
 اصلاح نہ ہو، اور اگر سہر مستقل ہو، یا شبانہ حملے واقع ہوتے ہوں تو قصبہ شنگانی کا علیہ  
 کر دینا چاہئے اور نلی ہمیشہ لگائے رکھنا چاہئے۔  
 یک جانی شکل میں اختناق (asphyxia) کا خطرہ نسبتہ کم ہوتا ہے اور علاج  
 میں بالخصوص ازالہ سبب کا خیال رکھنا چاہئے۔

210

عضلات مقبہ بد کا مشکل (paralysis of the adductors)۔ یہ  
 ایک فعلی اختلال ہے اور تنہا ساخت کے ضررات سے اس کا وقوع شاذ ہوتا ہے۔  
 عضلات مقربہ یہ ہیں:۔ جانی مقربات یعنی حلقی سبوجی جانی عضلات  
 (crico-arytænoidei laterales) اور مرکزی مقرب یعنی عضلہ سبوجیہ  
 حقیقی (arytænoideus proprius)۔ عضلہ لاری سبوجی (thyro-  
 arytænoidei) کے اندرونی ریشے یعنی داخلی عضلات نامشرہ (internal tensors)  
 بھی اجبال الصوت کے اگلے حصوں کے مقرب کے طور پر عمل کرتے ہیں۔ عضلات مقربہ کی  
 عام ترین قسم میں یہ سبب ماؤف ہو جاتے ہیں۔ حنجرہ بن سے امتحان کرنے پر مزمار چوڑا کھلا  
 ہوا دکھائی دیتا ہے۔ بولنے کی کوشش کرنے پر اجبال الصوت بھل حرکت کرتے ہیں، بلکہ  
 حنجرہ کے جانب میں ساکن رہتے ہیں۔ چونکہ اجبال ایک دوسرے سے قریب نہیں لائے  
 جاسکتے، لہذا امر فیض صرف سرگوشی میں بات کر سکتا ہے اور کوئی حنجری آواز نہیں پیدا ہوتی،  
 اگرچہ ممکن ہے کہ بعض اوقات زور لگانے سے اجبال ایک لمحو کے لئے متناس ہو جائیں۔  
 کھانسا جس میں غیر ارادی معکوس فعل کے ذریعہ اجبال الصوت ایک دوسرے سے قریب  
 لائے جاتے ہیں، عموماً کامل طور پر ہوتا ہے۔ اور مزمار کی کھلی ہوئی حالت کی وجہ سے بہر  
 (dyspnoea) نہیں ہوتا۔ یہ فعلی یا ہسٹیریائی بے صوتی (functional or  
 hysterical aphonia) کہلاتی ہے، لیکن یہ اکثر حنجرہ کی خفیف سی نازلت سے  
 شروع ہو جاتی ہے، مثلاً سلی ریوی کے ابتدائی ترین درجہ میں، یا خراش حلق سے، یا دوسری  
 مقامی تکلیف سے، خواہ یہ واضح طور پر ہسٹیریائی اشخاص میں ہوں یا عدم دمومیت یا عام کمزوری

دوسرے مریضوں میں۔ مٹی مزاولت میں یہ جذباتی صدمہ (emotional shock) کی وجہ سے نوجوان عورتوں اور لڑکوں میں واقع ہوتی ہے اور فرد خوف کی وجہ سے سالت ہو جاتا ہے۔ میدان جنگ کے معذور و الخدمت قرار دئے ہوئے سپاہیوں میں بے صوفی کی کثیر التعداد اصابتوں میں سے بیشتر کی توجیہ بھی یہی ہونی چاہئے بالخصوص سیکر وہ نوجوان کی گولہ باری کی زد میں رہ چکے ہوں یا دھماکوں کے بعد نہ ہونے ہوئے ہوں یا کسی اور طرح سے براہ راست زخمی ہو چکے ہوں۔ بعض اصابتیں ایسی ہیں کہ جن میں بچہ اس انبوبہ نصب شدہ کافی (tracheotomy tube) کو نکال دینے کے بعد جیسے وہ چند ہفتوں تک پہنچا ہو، بولنے سے قاصر رہتا ہے یہ بھی عضلات متقر بہ کے فعلی (functional aqueduct) کے باعث ہوتی ہیں۔ (paresis)

بعض اوقات عضلات متقر بہ کا شملہ کم و سبب ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ تنہا دشنی عضلات نامشہ (internal sensors) ہی باؤف ہوں یا چونچ نہایت کی کم شش پر اجمال الصوت کا تماس پیدا نہیں ہوتا اور یہ میل صوفی اسنے اگلے نوبہ میں باؤفہ سلی کی سمت ایک متقر حاشیہ پیش کرتی ہے۔ اور بعض اوقات مرکزی متقر سبب عضلہ (central adductor) مشلول ہو جاتا ہے اور اس صورت میں اجمال الصوت کے اگلے حصے مناس ہوتے ہیں اور پیچھے سبوجی گریوں کے درمیان ایک مثلثی فضا کھلی رہ جاتی ہے۔ یہ آخری دو قسمیں نازلی التهاب خجہ (catarrhal laryngitis) کے دوران میں غیر عام نہیں۔ ممکن ہے کہ یہ دونوں ایک ساتھ واقع ہوں اور اس طرح آگے اور پیچھے متقر بہت پیدا کر دیں اس حالت میں کہ صوفی زائدات (processus vocales) مناس رہیں۔ ان اصابتوں میں آواز کا حاتمنا اتنا مکمل نہیں ہوتا جتنا کہ پہلے بیان کیا گیا ہے۔

ان حالتوں کی تشخیص خجہ میں (laryngoscope) سے بہ آسانی ہو جاتی ہے۔ بلکہ اس کے بغیر بھی مریض کی بے آوازی اور بہر کھانسی اور لغت (expectoration) کی غیر موجودگی اور بالارادہ کھانسنے کی قوت کافی طور پر کمیز ہیں۔ لیکن اگر نازلت کی کوئی مرنی شہادت موجود ہو تو اس کے بنیادی تدری صدمہ کے امکان کو فراموش نہیں کرنا چاہئے۔

انذار امید افزا ہوتا ہے اور بہت برسوں کے مریضوں کا اکثر شفا یاب

ہوجانا ممکن ہے۔  
 علاج۔ فعلی بے موتی کو ہشیر یا کی ایک علامت سمجھنا چاہئے اور اسی کی طرح  
 اس کا علاج کرنا چاہئے۔ بیشتر اصابتوں میں وہ ایذا (suggestion) اور باز تربیت  
 (re-education) کے ذریعہ دور کی جاسکتی ہے۔ بعض مثالوں میں پہلے حقیقت  
 سمجھا دینا چاہئے کہ یہ کمزوری کسی عضوی مرض کے باعث نہیں بلکہ کم و بیش ایک فراموشی  
 عادت کی قسم سے ہے، پھر مریض کو کھانسنے اور اس شور کو "آ آ" ("a-a-h") کی شکل  
 میں لمبا کرنے پر مائل کرنا چاہئے۔ اس سے اسے حرف "اے" ("A") پر لیجاتے ہیں اور  
 اسی طرح، حروف علت سے شروع کر کے سارے حروف تہجی ختم کرا دئے جاتے ہیں۔ اب  
 مریض کی دلجمعی ہوتی ہے اور اس پر یہ روشن ہوجاتا ہے کہ وہ لفظوں اور جملوں کے  
 بنانے میں غلطیاں طور پر تقویت کر سکتا ہے۔ اگر تدریس کا کوئی مشبہ ہو تو یہ طریقہ نہیں  
 استعمال کرنا چاہئے۔ دوسری اصابتوں میں باہر کے طرف خجروہ کے قرب و جوار میں یا حتیٰ کی  
 پشت پر فیروزی رو کا لگانا ایک انگھڑی ایذا (crude suggestive treatment)  
 کے طریقہ کے طور پر مفید ہو سکتا ہے۔ اگر ایسے طریقوں سے علامت پر اثر نہ پڑے یا وہ  
 عود کر آئے، یا اگر وہ ہشیر یا کی دوسری شہادتوں کے ساتھ متلازم ہو تو مزید علاج ان امور  
 پر اختیار کرنا چاہئے جن کی سفارش اس عنوان کے تحت کی گئی ہے (لاحظہ ہو صفحہ 791)۔

211

## تشنج مزمار

(spasm of the glottis)

اس مرض میں، منسلات مقربہ (adductors) تشنجی طور پر منقبض ہو کر مزمار کی  
 کامل مسدودی واقع ہوجاتی ہے جو ہوا کے داخلہ کو روکتی اور اختناق (asphyxia) بلکہ  
 موت پیدا کرتی ہے۔ یہ ہر عمر میں ہو سکتا ہے، لیکن شیرخواروں میں اس کی سنگین درجہ ذیل  
 صورت بالخصوص کثیر الوقوع ہے۔

صراصری تشنج حصر (laryngismus stridulous) (تشنجی کسڑو)  
 spasmodic croup: نعیب الطفل (childerowing) یہ تین ماہ اور دو سال کی عمر  
 کے درمیان واقع ہوتا ہے اور لڑکیوں کے نسبت لڑکوں میں زیادہ عام ہے۔ اس میں

ناقص سختی حالات مُردہ ہوتے ہیں، اور یہ غربا میں، اور ان بچوں میں زیادہ کثیر الوقوع ہے جنہیں  
 اوپر کی غذا دی گئی ہو، یا جنہیں بیمار اور نیم فاقہ زدہ ماؤں نے دودھ پلایا ہو۔ اصابتوں کی غالب  
 تعداد (۵۰ فیصدی) میں کسامت (rickets) کے آثار موجود ہوتے ہیں، اور یہ مرض اکثر  
 ان بچوں میں لائق ہوتا ہے جو تکثر (tetany) کے علامات رکھتے ہیں۔ صمدی تشنج خفہ  
 کالی کھانسی کے بعد بھی واقع ہو جانے کا امکان رکھتا ہے۔ اسکے حملے شبانہ روز ہوتے  
 ہیں، لیکن متعدد اسباب تشنج کی تحریک پیدا کر سکتے ہیں، مثلاً رونا، چھاتی جو سنا، تیز  
 حرکات، خفہ سے نیچے دودھ کا داخل ہو جانا، معدہ میں ناقابل ہضم غذا کی موجودگی،  
 تسنن (dentation) کی خراش، اور سخت غصہ میں آنا۔ لیکن اکثر بلا کسی ایسے مہلک  
 پیشرو کے حملے واقع ہو جاتے ہیں۔ ممکن ہے کہ بچہ غاصی اچھی صحت کی حالت میں ہوا اور  
 اسی وقت یہ دیکھنے میں آئے کہ وہ کبھی کبھی ایک خفیف غیب نما آواز (crowing sound)  
 نکالتا ہے۔ ممکن ہے کہ ایسا قفول کے ساتھ مکرر ہو اور کوئی اندیشہ نہ پیدا کرے،  
 لیکن بتدریج ایسا زیادہ بار بار ہونے لگتا ہے۔ تنفس میں مداخلت جو ابتداءً صرف  
 غیب سے ظاہر ہوتی تھی، کچھ عرصہ کے بعد زیادہ نمایاں ہو جاتی ہے۔ سانس موقوف  
 ہو جاتی ہے، سینہ مثبت، اور چہرہ شاحب اور کبود ہو جاتا ہے، سر پیچھے کو گر جاتا ہے،  
 اور وحشی عضلات میں قدرے جھٹکے واقع ہوتے ہیں۔ نھوڑے سر میں تشنج دھبلا  
 پڑ جاتا ہے، اور ہوا ایک بلند غیب نما شور کے ساتھ مزار کی راہ سے اندر داخل ہوتی  
 ہے جو اب بھی نامکمل طور پر ہی کھلا ہوا ہوتا ہے۔ بچہ اور چند ہی منٹ کے بعد اپنے  
 کھلونوں میں پھر مشغول ہو جاتا ہے۔ شدید ترین اصابتوں میں مزار کے تشنج کے ساتھ  
 تکثر (tetany) کے سرسخی قدیمی انقباض (carpopedal contractions) بھی ہوتے ہیں۔  
 انگلیاں خمیدہ ہو کر مٹھیلیوں میں آ جاتی ہیں، انگوٹھا انگلیوں کے اندر  
 ہو جاتا ہے اور ماتھے کلائی پر خمیدہ ہو جاتا ہے۔ ٹانگیں جھیل جاتی ہیں، پاؤں ٹانگوں  
 پر خمیدہ ہو جاتے ہیں، ٹوے اندر کے طرف مڑ جاتے ہیں، اور پاؤں کا انگوٹھا دوسری  
 انگلیوں سے دُور مٹ جاتا ہے۔ ان پر عمومی تشنجات (general convulsions) سے  
 مستزاد ہو سکتے ہیں۔ کبھی کبھی دورے کے دوران میں تنفس بالکل موقوف ہو جاتی  
 وجہ سے موت واقع ہو جاتی ہے۔ اور چونکہ غیب دراصل اس امر کی علامت ہے کہ

شیخ وھیلا پڑ رہا ہے لہذا یہ دیکھا جائے گا کہ ہلکے اصابوں میں موت نہایت خوشی کے ساتھ واقع ہو جاتی ہے۔

تشخیص۔ علامات نہایت ممیز ہوتے ہیں اور کسی دوسرے مرض کے علامات سے یہ آسانی غلط ملط نہیں ہوتے۔ بخار کی غیر موجودگی، حملہ کی قلیل المدتی، دوروں کے درمیان حالت کا بالکل تندرست ہونا یہ سب اسے التهاب خجروہ سے ممیز کرتے ہیں۔ جسم غریب کی موجودگی اس سے مشابہت پیدا کر سکتی ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 207)۔  
انذار۔ بیشتر مریض کلی طور پر شغایاب ہو جاتے ہیں، لیکن کبھی کبھی موتوں کا اندراج ہوا ہے۔

علاج۔ اس پر مریض کی عام صحت اور حلوں کے وقوع کے لحاظ سے غور کرنا پڑتا ہے۔ بچہ کو فی الفور حتی الوسع بہترین اسمی حالات کے تحت رکھنا چاہیے، یعنی تازہ ہوا، خوب تروکج دار کمرے، اور جہاں اس کی غذا کافی یا ناموزوں ہو اس میں اصلاح کی جائیں (ملاحظہ ہو کساحتہ) اور آنتوں کی طرف توجہ کی جائے۔ دواء کا ڈیجیلی کاتیل (cod liver oil)، یا کا ڈیجیلی کاتیل مع خلاصہ مالٹ (malt extract) کے نہایت مفید ہے، اور پوٹاسیم برومائڈ بچہ کی عمر کے لحاظ سے ۲ تا ۴ گرین کی خوراکیوں میں دن میں تین بار، اور کلورل (chloral) کی تھوڑی مقداریں دی جا سکتی ہیں۔ اگر حملہ خفیف ہو تو بچہ کو سر سے پاؤں تک روزانہ دو یا تین بار یہ لحاظ موسم، ٹھنڈے یا نیم گرم پانی سے اسفنج کر دینے سے وہ جلد زک جاتے ہیں۔ زیادہ شدید دوروں میں سر کو اٹھا ہوا رکھنا چاہئے، سرد پانی سے جگمگے ہوئے تولیہ سے اسکی جسم کی سطح اور چہرے کو تھینکنا چاہئے اور نتھنوں کے قریب ایمونیا یا ایسیٹک ترشہ تمام رکھنا چاہئے، یا اسکے بدن کو گرم پانی میں ڈبو کر سر اور چہرے پر ٹھنڈا پانی ڈالنا چاہئے۔ انگلی ڈاکٹر اسکے برمزما (epiglottis) کو آگے کے طرف کھینچ لیتا چاہئے۔

تشخیص منہ مار بالغوں میں۔ یہ زیادہ اکثر التهاب خجروہ، اذیمیائی خجروہ، ششلی حالتوں، یا اجسام غریبہ کی موجودگی کے تعلق میں واقع ہوتا ہے، نیز صرع (epilepsy)، داء الرقص (chorea)، کزاز (tetanus)، آب ترسی (hydrophobia) اور ہزال نلہی (tabes dorsalis) میں ایک خطرہ ہو سکتا ہے۔ آخر الذکر مرض میں یہ خجری حرجہ

(laryngeal crisis) کی شدید تر شکل ہوتا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 679)۔ اور یہ ایک تندرست خجڑہ میں ہو سکتا ہے یا ایسے خجڑہ میں ہو سکتا ہے جو کشل سے پہلے ہی ماؤت ہو اور ایسی صورت میں شکل بالعموم متعقد قسم کا ہوتا ہے۔ خجڑہ کے اندر رقیق یا غذا یا مشروب کے چھوٹے ذرات کا داخلہ نہایت خطرناک اشبع پیدا کر سکتا ہے، اکثر خجڑہ کی مفاطی جھٹکی پر دو آمیز محمولات کے لگانے سے کسی قدر اشبع پیدا ہو جاتا ہے۔ اشبع مزار اکثر ہسپیر یا کاتیمہ ہوتا ہے۔ اسی سے ملتا ہوا ایک فعلی اشبع (صوتی اشبع) = phonic spasm یا صوتی صعوبت = mogiphonia ہے جو بعض عصبانی اشخاص میں بولنے کی مشقت سے شروع ہو جاتا ہے اور بولنے کی کوشش چھوڑ دینے پر دھیلایا جاتا ہے۔ ممکن ہے کہ یہ صرف ان لوگوں تک محدود ہو جو آواز کو عام محمولوں میں استعمال کرتے ہیں جیسے کہ گانے والے اور پڑھانے والے۔

علاج۔ پہل جماعت کی اصابتوں میں کلوروفارم (chloroform) یا ایل نائٹرائٹ (amyl nitrite) و ویر کو نائی (vapour coninæ) یا جلتے ہوئے سٹرامونیم (stramonium) کا استنشاق کرانا چاہئے، بشرطیکہ بہ وقت پر میسر آجائے۔ ورنہ ممکن ہے کہ قصبہ شگافی کی ضرورت لاحق ہو۔ منوالی محلول کے لیے برومائیڈ (bromides) دئے جاسکتے ہیں۔

ہسپیر یا بی اصابتوں کے لئے ہسپیر یا کا عام علاج ضروری ہوتا ہے۔ اور دوسری فعل حالتوں کا علاج بھی مریض کی عام حالت کے لحاظ سے نیز تنفسی ورزشوں (breathing exercises) اور تصویتی ورزشوں (exercises in voice production) سے کرنا چاہئے۔

## پیدائشی خجڑی صرصرہ

(congenital laryngeal stridor)

کبھی کبھی شیرخواروں میں ایک خجڑی اختلال لاحق ہو جاتا ہے، جس میں سانس کے ساتھ ایک مخصوص عجیب غریب آواز (croaking sound) سنائی دیتی ہے۔ عموماً یہ پہلے پیدائش کے بعد جلد ہی سنائی دیتی ہے، اور طویل عرصوں تک، شاید

سارے دن اور رات بھر جاری رہتی ہے، لیکن ممکن ہے کہ ایک وقت میں چند گھنٹوں کے لئے غیر موجود ہو۔ یہ غرغون شہیق کے ساتھ واقع ہوتی ہے اور یا تو ایک کڑخت (rough) آواز ہوتی ہے یا زیادہ صاف اور موسیقی۔ زیر (expiration) خاموشی کے ساتھ ہوتا ہے۔ کھانسی اور بچہ کارونا عمر ما طبی قسم کا ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ بین الانسلاخ نقصان قدرے اندر کو جیسی ہوئی ہوں، لیکن کوئی کمزوری (lividity) شاذ ہی ہوتی ہے۔ بعض اصابتوں میں یہ شعور دوران خواب میں ہمیشہ موجود ہوتا ہے اور بعض اصابتوں میں غیر موجود ہوتا ہے۔ جب بچہ ہشتاش ہشتاش یا مچلا ہوا ہوتا ہے تو یہ عموماً زیادہ خراب ہوتی ہے۔ جوں جوں بچہ عمر میں بڑھتا جاتا ہے یہ کم ہوتی باقی ہے۔ لیکن سیر فرڈر ٹیلر (Sir Frederic Taylor) نے اسے اڑھائی سال کی عمر میں بدستور موجود پایا۔ دیگر امور کے لحاظ سے بچہ بالکل تندرست نظر آتا ہے۔

دوران جیساں اور موت کے بعد، دونوں وقت مرماری روزن نہایت تنگ نظر آتا ہے برمزمار (epiglottis) اپنے اوپر دوہرایا ہوا، اور سوجھی برمزمار دو ہر اوٹقریباً متاسم ہوتی ہیں۔ لیکن یہ شیرخوار بچہ کے خجروہ کی طبی حالت کی محض ایک مبالغہ آمیز حالت ہے اور ڈاکٹر سیر پٹرسن (Dr. Patterson) نے پانچ مریضوں میں بلا واسطہ مشاہدہ سے بتلادیا کہ صرف سوجھنے کے اوٹقریباً بالائی کوربر کی مصلیٰ منہ کی مصلیٰ کے ہر شہیق کے دوران میں خجروہ میں کھینچ آئے اور اس مضمین میں مرتعش ہونے کا نتیجہ ہوتا ہے۔

جوں جوں یہ حصے نہویاب ہوتے ہیں اس تشوؤ (deformity) سے پیدا ہوجانے والا سدکم ہوتا جاتا ہے۔ کوئی راست علاج اس نہیں آتا۔ اگر اعتناق سے زندگی نظرے میں ہو (جو ایک شاذ واقعہ ہوتا ہے) تو قصبہ شگافی کی ضرورت پیش آسکتی ہے۔

## خجروہ کی عدم حسیت

(anæsthesia of the larynx)

یہ دقتعیر یا، بصلی شلل (bulbar paralysis) ہزال ظہری (tabes dorsalis) اور شلل عمومی (general paralysis) میں اور عصب تانیہ یا فوقانی خجری عصب کے تضر سے واقع ہوجاتی ہے۔ اسکی شناخت خجری غشاء مخاطی کی عدم حاسیت

(insensibility) سے کی جاتی ہے اس وقت جبکہ حنجرہ میں کی مدد سے ایک سلفانی ڈاکٹر اسے چھو جائے۔ اکثر اسکے ساتھ عسر البلع (dysphagia) اس وجہ سے ہوتا ہے کہ غذا کے ریزے حنجرہ کے اندر داخل ہوجاتے ہیں جو میکینزئی (Mackenzie) کی رائے میں ان عضلات کے تشلل کا نتیجہ ہے جنہیں فوقانی حنجری عصب سے رسد پہنچتی ہے، یعنی وہ عضلات جو دوران ابتلاع میں پر مزمار (epiglottis) کو نیچے لاکر مزمار (glottis) کے بالائی روزن کو بند کر دیتے ہیں۔ اس عدم حیثیت کو جو ذقیقہ ریائی وجہ سے ہو عموماً شفا ہوجاتی ہے۔ انداز عموماً ترقی پذیر بعض تشلل (progressive bulbar paralysis) اور اس سے مماثل حالتوں میں خراب ہوتا ہے، کیونکہ اس کا امکان ہوتا ہے کہ غذا ابھی پیچھڑوں کے اندر چلی جائے اور اس طرح ذات الریہ پیدا کر دے۔

213

علاج ٹیلوآنی اور فراڈی لاسقات کے ذریعہ سے ہونا چاہئے۔ داخل طور پر اسٹرنکینا (strychnia) دیا جاسکتا ہے، اور ممکن ہے کہ عسر البلع کی وجہ سے مریوی انبوبہ (oesophageal tube) لینے انبوبہ مری سے غذا پہنچانے کی ضرورت پیش آئے۔

## کان

کان کے ضروری اجزائیں ہیں۔

(۱) آلہ ایصال جس کے ذریعہ آوازیں۔

(۲) آلہ اورگ یعنی حلزونیک پہنچائی جاتی ہیں جو کہ اندرونی کان کی کشیف ہڈی میں واقع ہے۔ یہاں سے صدات۔

(۳) عصب سمعی (حلزونی شاخ) کے ذریعہ دماغ میں چلے جاتے ہیں۔

ایبائی آلہ میں میوان (pinna) بیرونی سمعی منفذ، اور طبلی غشا جو کہ درمیانی اذن کی بیرونی دیوار ہے شامل ہیں، اور درمیانی اذن میں استخوانچے یعنی مطہرقہ (malleus) شدان (incus) اور رکاب (stapes) واقع ہیں۔ آخر الذکر ایک پانی بند جوڑ کے ذریعہ بغیری کھرکی (oval window) کے اندر ٹمھا ہوتا ہے جو کہ اندرونی اذن کے دو غلطی قحطات میں سے ایک ہے۔ دوسرا قحطہ ایک گول کھرکی ہے جو کہ ایک غشا کے ذریعہ



بند ہے۔ اندرونی اذن سیل سے بھرا ہوتا ہے۔ درمیانی اذن میں یوسٹیکائی انوبہ (Eustachian tube) کھلتی ہے جو کہ انفی لمبوم سے آتی ہے۔ بوقت ابتلاع یہ انوبہ ایک لمحہ کے لئے کھل جاتی ہے تاکہ درمیانی اذن میں دباؤ باہر کے دباؤ کے برابر رہے اور اس طرح حرکت پذیر طبعی فشار اپنی طبعی وضع قائم رکھتی ہے۔ سمعی صدات بطور صوتی امواج بیرونی سمعی منفذ میں داخل ہو کر طبعی فشار پر آ پہنچتے ہیں۔ غشاء کے ارتعاشات اپنی باری برعکس سندان اور رکاب کے ذریعہ منتقل ہو کر بیضوی گھڑکی پر آ پہنچتے ہیں۔ ایک متبادل موج طبل کی ہوا کے ذریعہ گول گھڑکی پر پہنچ سکتی ہے۔ ازاں بعد یہ امواج اندرونی اذن کے سیال کے ذریعہ حلزونہ (cochlea) کے اندر کارٹی (Corti) کے ایک نہایت ہی مختص (specialised) عضو تک منتقل ہو جاتی ہیں۔ یہاں سے صدات مرغولی عقدہ کی راہ سے حلزونی عصب تک اور اس طرح دماغ میں چلے جاتے ہیں۔ اس میکینیم میں ذرا سی مدلت صمم پر فتح ہوتی ہے۔

صمم۔ بہرے پن کی تین قسمیں شناخت کی جاتی ہیں۔

(۱) ابصالی صمم۔ اس میں بیضوی اور گول گھڑکی کے مقام تک تمام اسباب شامل ہیں۔ اور اس کی مثالیں یہ ہیں: و سبخ (wax) یا اجسام غریبہ جو منفذ میں جھکن ہوں۔ درمیانی اذنی نازلت کی تمام اقسام۔ درمیانی اذن کے حاد اور مزمن التهابات۔

(ب) اور کی صمم۔ وہ اسباب جو کہ حلزونہ مرغولی عقدہ اور سمعی عصب کو مآؤف کرتے ہیں۔ اسکو اندرونی اذنی صمم بھی کہتے ہیں۔ مکن پریشیوخمی اسباب، آتشک، قمر می تب اور تب محرفہ کا نتیجہ ہو۔ یا بعض اینٹوں کا نتیجہ ہو مثلاً جوشارہ گروں یا عمال المغاس (caisson workers) میں، یار یو الوروں (revolvers) رائفلوں (rifles) یا بندوٹوں کے فائر کی آواز سننے رہنے کا نتیجہ ہو۔ یا بعض دوائیں خاصکر کوئین (quinine) اور سیلی سلیر (salicylates) لینے کا یا زیادہ مباح کو پیسنے کا نتیجہ ہو۔

(ج) عصبی صمم۔ خود سمعی عصب کے اور نیز اسکے مرکزی تعلقات کے ضررات۔ یہ ہمیشہ مکمل بہرہ میں ہوتا ہے۔ یہ کسی (۱) ایک جانبی ہوتا ہے اور ککاف (mumps) یا حاد التهاب تہیہ (labyrinthitis) کا، یا سلعات میں سمعی عصب کے مآؤف ہو جانے کا

تیجہ ہوتا ہے۔ (۲) دو جانبی ہوتا ہے اور شغاعی و داغی التهاب اسیمہ کا یا خلقی آنکھ (اس صورت میں اس کے ہمراہ ہمیشہ رخنکی التهاب قرنیہ اور دو جانبی سمعی عصبی سلعات موجود ہوتے ہیں) کا نتیجہ ہوتا ہے۔

طینن (tinnitus) و وار (vertigo) اور ”مینی ایر“ (Meniere) کے مرض کیلئے ملاحظہ ہو ”نظام عصبی کے امراض“۔

کان کا دسراں - کان میں یا کان کے گرد و پیش درد ہونا تقریباً ۹۵ فی صدی مثالوں میں مقامی التهاب کا نتیجہ ہوتا ہے۔ بقیہ ۵ فی صدی مثالوں میں کوئی مقامی سبب دریافت نہیں ہوتا اور درو بعید السبب (referred) ہوتا ہے۔ ان مثالوں کو وجع الاذن (otalgia) کہتے ہیں۔

صیوان الاذن بیرونی منفذ اور طبل غشاء کا امتحان کرنے سے کوئی مقامی سبب دریافت ہو جاتا ہے جو کہ عام طور پر التهابی ہوتا ہے مثلاً سُرُخ بادہ، منفذ میں ونبلات یا ایک سُرُخ اور ابھری ہوئی طبل غشاء اور ایسی صورت میں مناسب علاج کرنے سے درد کو تسکین ہو جاتی ہے۔ گاہے منفذ میں تقرحات یا درمیانی اذن کا سرطان پائے جاتے ہیں۔ جب کوئی مقامی سبب دریافت نہ ہو تو وجع الاذن کا سبب دریافت کرنے کیلئے تفتیش کا دائرہ بہت وسیع کرنا پڑتا ہے۔

درد دوسرے حصص سے کہ جن کی رسد انہی اعصاب سے آتی ہے کہ جن سے کان کی آتی ہے متحمل ہو سکتا ہے (۱) ترقی امی (trigeminal) یہ ممکن ہے حقیقی وجع العصب ہو۔ وجع الاذن بسا اوقات بوسیدہ زیرین دانتوں اور غیر مشغز (unerupted) عقل کی دانتوں سے جو کہ تقریباً ہمیشہ زیرین جڑے میں پائی جاتی ہیں۔ زبان کے مرض بالید اور تقرحات سے۔ فہہ کفیفہ کے التهابات اور صدغی چانوی منفصل کے التهاب سے متحمل ہوتا ہے۔ (۲) لسانی بلعوی۔ ممکن ہے یہ حقیقی وجع العصب ہو۔ لیکن درو بوسیدگی انوبہ اور انفی بلعوم (سرطان) یا لوزہ، برجز مار، زبان کی پشت، سبوحی برجز ماری ثنیہ اور ناشپاتی نما حفرہ کے التهابی اور تقرحی ضررات سے بھی متحمل ہو سکتا ہے۔ (۳) شوکی عنقی دوسرا اور تیسرا عصب پچھلی جڑوں کا التهاب اور اسکے ساتھ جلد الراس اوصیوان پر فیلہ (herpes) شدید وجع الاذن کا باعث ہوتا ہے، اسی طرح عنقی منفیرہ کو متاثر کرنے والے

اضرار بھی۔ (۳) عصب التامیہ (vagus) کی اذینی شاخ جو کہ بلاشبہ وجہی عصب کے رکیبی عقدہ (geniculate ganglion) کے ساتھ قریبی تعلق رکھتی ہے جب اس عقدہ کا التهاب واقع ہوتا ہے تو اس رقبہ پر جو کہ اذینی شاخ سے رسد لیتا ہے نملر پیدا ہو جاتا ہے۔ ممکن ہے اسکے ساتھ وجہی شلل اور بہر اپن اور دوار موجود ہو۔

## تحت الحاد التهاب الاذن الوسطی

(sub-acute otitis media)

اس سے درمیانی اذن کی خفیف سرایت مراد ہے کہ جس کے ساتھ یوسٹیکیا یا انوبہ کی نازلت موجود ہو۔ آخر الذکر مسدود ہو جانے کا رجحان رکھتی ہے کہ جس سے ہوا جذب ہو جاتی ہے اور ممکن ہے مصلی ارتشاح موجود ہو، اور طبلی غشا اندر کو کھینچی ہوئی ہوتی ہے۔ علامات۔ کان میں بے آرامی یا خفیف سادہ ہوتا ہے، اور بہر اپن پایا جاتا ہے، جو ممکن ہے بچوں میں نظر انداز ہو جائے۔ مریض کو سر کے دو شاخہ (tuning-fork) کی درمیانی سرتیاں سنائی دیتی ہیں، لیکن سبب ترین اور بلند ترین سرتیوں کا ادراک جاتا رہتا ہے۔ علاج یہ ہے کہ انفی جوفوں اور انفی لبعوم میں اگر عفونی ماسکات موجود ہوں تو ان کو دور کیا جاتا ہے، اور یوسٹیکیا کی تسد کا ازالہ کیا جاتا ہے اور بعض اوقات سیال کو نکالا جاتا ہے۔

## حادیہ التهاب الاذن وسطی

بحث اسباب۔ درمیانی اذن کی یہ سرایت تقریباً ہمیشہ ایک نبتہ سیمیہ (streptococcus) کی وجہ سے ہوتی ہے، اور بسا اوقات دکام، التهاب لوزتین، تب قرمزی، کھسرا، الفلوئینزہ کے بعد نمودار ہوتی ہے، یا عفونت الدم (septicæmia) کا جزو ہوتی ہے۔ ممکن ہے سارے کا سارا درمیانی اذن ماؤف ہو۔ بیش و موت نمودار ہوتی ہے، اور اسکے بعد طبل کے اندر خون آلود مصل کا ارتشاح ہوتا ہے جو کہ ۸۰ گھنٹہ میں قیہی ہو جاتا ہے۔

علامات۔ کان کا درد بالعموم پہلی علامت ہوتی ہے، لیکن بچوں میں یہ اس قدر

خفیف ہوتا ہے کہ ممکن ہے نظر انداز ہو جائے اور بالوں میں ممکن ہے شدید و دیر ہو۔ بہرائی اور طینن (tinnitus) اکثر موجود ہوتا ہے۔ کلسندی جو کہ ہر نماز کے ساتھ پانی جاتی ہے موجود ہوتی ہے۔ دوار شاؤ ہے۔ شیر خوار بچے بعض اوقات سر کو ادھار دھر پھراتے ہیں اور ممکن ہے ان میں سمانٹ (meningismus) نہویاب ہو جائے۔ کان کا امتحان کیا جائے تو پہلے پہل مطرقہ کے دستے (handle) کے پیچھے ایک خط میں سُرخی نظر آتی ہے۔ پھر تشبیعی عروق اس نقطہ سے غشاء کے محیط کی طرف جاتے ہوئے دکھائی دیتے ہیں بعد ازاں سُرخی منتشر ہو جاتی ہے لیکن غشاء کا پچھلا نصف اگلے نصف کی نسبت ہمیشہ پہلے اور اس سے زیادہ متاثر ہوتا ہے۔ التهابی ارتشاح سے غشاء بھرتی ہے اور ممکن ہے پچھلے نصف کا انتحاب واقع ہو جائے۔

پیشیہ پیدا گیا۔ بعض اصابتوں میں غشاء کا انتحاب ہو کر اور گاہے اسکے بغیر صحت یابی ہو جاتی ہے۔ نامکمل صحت یابی سے مندرجہ ذیل حالتیں پیدا ہو جاتی ہیں۔ (۱) صمم جو کہ بعد میں یوسٹیکیا کی انوبہ کی راہ سے درمیانی اذن کی تیغ کر کے کم کیا جاسکتا ہے۔ (ب) مسلسل اخراج مواد۔ بعض اوقات اسکی وجہ کوئی ارکہ (granulation) (سعدانہ polypus) ہوتا ہے جو کہ انتحاب کے اندر بروز کئے ہوئے ہوتا ہے اور اس طرح میلیت کو روکتا ہے۔ اگر مواد کا اخراج چار یا پانچ ہفتہ تک جاری رہے تو غالباً حلیہ سرایت زدہ ہو جائیگا، لیکن قبل اسکے کہ حلیتی علیہ انجام دیا جائے، ناک اور انفی بلعوم میں سرایت ماسکات خارج از بحث کر لینے چاہئیں۔ غدودہ (adenoids) کا اتیصال قیغ کا خاتمہ گڑے سکتا ہے۔ (ج) وحی شلل، فالوپئی قنال (Fallopian canal) میں ایک خلقی روزن کی راہ سے ساتویں عصب پر دباؤ پڑنے کی وجہ سے۔ (د) چھٹے جمعی عصب کا شلل جسکے ساتھ جیہی اور صدغی خطوں میں درد ہوتا ہے اور جو شاید ایک مصلی التهاب سمائی کا نتیجہ ہوتا ہے۔ (س) التهاب حلیہ جس کو ان علامتوں سے پہچانا جاتا ہے۔ کان کے پیچھے درد علیہ اور خاص کر اس کی نوک پر دباؤ ڈالنے سے الیمیت اور اس ہڈی پر کی نرم بافتوں کا تورم۔ ہر طرفی سمعی منفذ کے عمیق ترین حصہ کا ابھار ایک قیمتی امارت ہے۔ ترقی یافتہ اصابتوں میں اعلیٰ زائدہ پر اور کان سے اوپر بہت تورم ہوتا ہے اور جلد سرخ ہوتی ہے۔ التهاب حلیہ کی وجہ سے یہ حالتیں پیدا ہوتی ہیں۔ (س) جانبی جوف کے ام جافیہ پر پیچوراجو کہ ممکن ہے جوف کو

مضبوط کر دے اور بعد میں علقت کا موجب ہو۔ (ص) درمیان حفرہ میں ایک بروں جانی پھڑا جو کہ شاذ ہے۔ (ط) دماغی پھیڑا جس کے متعلق معلوم ہے کہ یہ حلیہ میں پیپ پیدا ہوئے بغیر بھی نمودار ہو سکتا ہے۔ (ع) فمعی التهاب سحایا۔

علاج - مریض کو بستر پر رکھا جاتا ہے۔ درد کو تسکین دینے کیلئے دو اُنس مثلاً ایسیل سیلی سلک ایسڈ (acetyl salicylic acid) 'مرکب سفوف عرق الذہب (pulv. ipec. co.) اور بشرط ضرورت مارفیادی جاتی ہے۔ (دافع بنتا - سبجہ - anti streptococcal) [دافع قرمز یہ (anti-scarlatinal)] مصل، دروں وریدی یا دروں عضلی طور پر دیا جاتا ہے۔ گلسرین اور کاربالک (carbolic) کے 'یا آب کافور میں سم فیصدی کوکین کے قطرات کان میں ڈالے جاتے ہیں۔ کان پر ایک برقی طور پر گرم کی ہوئی گدی یا روئی سے یا گرم پانی کی بوتل سے یا کمیدات سے گرمی پہنچائی جاتی ہے۔ اس کے تبادل کے طور پر چھوٹی چھوٹی برف کی ٹھیلیاں حلیہ پر مستقل طور پر رکھنے سے درد اور التهاب کو تسکین ہوتی ہے۔ ممکن ہے طبی غشاء میں شگاف دینا قرین مصلحت ہو، بالخصوص حادثات میں کہ جن میں بہت درد اور بلند تپش ہوتی ہے۔ التهاب حلیہ کا علاج اس وقت کے دائرہ بحث سے باہر ہے۔

## حوالہ جات

### REFERENCES

- 1 E. P. Poulton and F. A. Knott 1936 *Practitioner*, January.
- 2 M. Hovel .. 1924 *Brit. Med. Journ.* i., p. 497.
- 3 Sir St. Clair Thomson. 1924 *Lancet*, ii., p. 948, and *Med. Res. Counc. Spec. Rep. Ser.* 83. ..
- 4 Sir St. Clair Thomson 1922 *Lancet*, ii., p. 164.

## امراض اعصاب دوران خون

طبعی قلب کے فعل کی انجام دہی میں دو قسم کی ساختیں حصہ لیتی ہیں، یعنی اُس کے کہنوں کی انقباض پذیر عضلی دیواریں، جو خون کو دھکیلتی ہیں، اور مصراعات (valves) جو خون کے بہاؤ کے رخ پر اقتدار رکھتے ہیں۔ متوازن انقباض کی قوت عضلہ قلب کا فطری خاتمہ ہے۔ گذشتہ چند سالوں کی تحقیقات سے ہم پر یہ چیزیں ظاہر ہو گئی ہیں: عضلہ قلب (myocardium) کے اندر کے وہ نقاط جہاں انقباضی تہتجات عام طور پر آغاز پذیر ہوتے ہیں، وہ راستے کہ جن سے اُذین (auricle) سے بطنین (ventricle) تک تہتجات کا ایصال ہوتا ہے، اس ایصال کی طبعی یا معمولی شرح، اور یہ واقعہ کہ اگرچہ انقباض اکثر اُذین کے اندر شروع ہو کر بطنین میں پہنچ جاتا ہے، تاہم وہ بعض حالات میں بطنین کے اندر بھی آغاز پذیر ہوتا ہے۔ ہر بطنینی انکماش (ventricular systole) کے بعد ایک عرصہ آرام ہے جس میں انقباض نہیں ہوتا اور یہ اُذین کے انکماش پر ختم ہوتا ہے اور اسکے بعد فی الفور بطنین کا انکماش واقع ہوتا ہے۔ اس عمل میں تین ساختیں حصہ لیتی ہیں، اولاً عصبی بافت، عضلی ریشے اور طلیوں سے بنا ہوا ایک اطالت یافتہ جھوٹا تودہ جو اس جگہ جہاں فوقانی ورید اجوف اُذین کے ساتھ چسپیدہ ہوتی ہے واقع ہوتا ہے اور جسے جوفی اُذینی گروہ (sino-auricular node) کہتے ہیں، ثانیاً، ایک چھوٹا تودہ جو اُذینوں کے فاصل میں جوف اکیلی (coronary sinus) کے فتح کے قریب واقع ہے، اور جسے اُذینی بطنینی گروہ (auriculo-ventricular node) کہتے ہیں۔ ثالثاً، عضلی ریشوں کا ایک خاص بند، جو اُذینی بطنینی بندل (auriculo-ventricular bundle) کے نام سے یاد کیا جاتا ہے۔ یہ بند اُذینی بطنینی گروہ سے پیدا ہو کر نکلتا اور چوڑائی میں تقریباً ۲.۵ ملی میٹر ناپ کا ہوتا ہے۔

یہ اُذینی فاصلہ سے بطنی فاصلہ کہہ اندر چلا جاتا ہے، اور پہلے اس فاصلہ کے جزو غشائی (pars membranacea septi) کے نیچے واقع ہو کر یہاں دو حصوں میں منقسم ہو جاتا ہے، چنانچہ ایک حصہ فاصلہ بطنی کے اس طرف اور دوسرا حصہ دوسری طرف واقع ہوتا ہے۔ دائیں شاخ بند معتدل (moderator band) کے اندر چلی جاتی ہے۔ ہر شاخ اپنی طرف کے بطن کی دیوار میں وسیع طور پر توزیع یافتہ ہوتی ہے، اور ریشہائے پُرکنجے (Purkinje's fibres) میں ختم ہو جاتی ہے، جو بطنوں کے تقریباً ہر حصہ میں دروں قلوب کے نیچے واقع ہوتے ہیں۔ اُذینی بطنی گره اور اُذینی بطنی بندل بعض اوقات الحاقی بافتوں (junctional tissues) کے نام سے یاد کئے جاتے ہیں قلوب کے طبعی فعل کی اتناں ٹیجے، جونی اُذینی گره (sino-auricular node) میں شروع ہوتا اور اُذین میں منتقل ہوتا ہے، لہذا انقباضی موج جس سے ذرا پہلے ایک برقی موج یعنی موج تحریک (excitation wave) پائی جاتی ہے، ج۔ ۱۔ گره (S. A. node) سے شروع ہوتی ہے، اور نصف قطری یا شعاعی صورت میں پھیلی اور تمام سمتوں میں مساوی رفتار سے مسافت لے کرتی ہے۔ اس کے بعد ۱۔ ب گره (A. V. node) ٹیجے ہو جاتی ہے۔ ۱۔ ب گره (A. V. node) سے تحریک پیدا ہو کر ۱۔ ب (A. V.) بندل کی راہ سے اُس کے مختلف تفرعات میں چلی جاتی ہے، اور بطنوں کے دروں قلوب پر کے پُرکنجے کے جال میں پھیل جاتی ہے۔ یہاں سے یہ زاویہ قائمہ بناتی ہوئی بطن کے عضلہ کے اندر پھیل جاتی ہے۔

عضلہ قلب کو عصبی ریشوں کے دو سٹوں سے رسد پہنچتی ہے۔ ۱۔ (۱) عصب تائیہ سے (۲) عصب مشارکی سے۔ ان کا فعل ضرب میں ترمیم کرنا ہے۔ عصب مشارکی کے متعلق اس سے زیادہ کہ اُس کا ہیجان قلب کو تیز اور ضرب کو قوی کر دیتا ہے اور کچھ معلوم نہیں۔ عصب تائیہ کی شاخیں ج۔ ۱۔ (S.A.) اور ۱۔ ب (A. V.) گروں دونوں میں مختتم ہوتی ہیں۔ اس کے ہیجان کا یہ اثر ہوتا ہے کہ موج تحریک کا مبداء (رفارسان) ج۔ ۱۔ (S.A.) گره کے بالائی سرے سے اُس کے زیرین سرے پر منتقل ہو جاتا ہے۔ دوسرے اثرات بطء القلب (bradycardia)

کے تحت بیان کئے گئے ہیں۔

## امتحان قلب

پھیپھڑوں کی طرح قلب بھی آنکھ، ہاتھ اور کان سے امتحان کر نیکے لئے موزوں ہے۔ وہ پھیپھڑوں کے اگلے حاشیوں کے درمیان دیوار سینہ سے قریبی طور پر تماس ہوتا ہے، ایک ایسے رقبہ میں جو کہ خط وسطی سے بائیں طرف عظم القفس کے زیرین نصف، اور چوتھی اور پانچویں بائیں ضلعی گزنیوں کے اندرونی حصوں اور اُن کے نیچے کی فضاؤں سے متاثر ہے۔ صَدَم القلب (impulse of the heart) معائنہ اور جتن سے دریافت ہو سکتا ہے۔ پیش قلبی رقبہ (præcordial area) یعنی دیوار سینہ کا وہ رقبہ جو کہ قلب پر واقع ہے، قریع کرنے سے معلوم کیا جاسکتا ہے، اور اصوات قلب کا مطالعہ استماع کے ذریعہ کیا جاسکتا ہے۔

### معائنہ

(inspection)

تندرست اشخاص میں، جو زیادہ موٹے نہ ہوں، قلب ضرب لگاتا ہوا دیکھا جاسکتا ہے ایک ایسے رقبہ میں جو کہ پانچویں بین الاضلاع فضا میں اور تقریباً پانچ قطر کا ہوتا ہے، اور مہلثی سے انتصاف نیچے کہنیچے ہوئے ایک خط سے پانچویں تا ایک انچ اندر کی طرف، یا ایک اوسط جسامت والے بالغ میں خط وسطی سے پانچ تا ۳ انچ فاصلہ پر واقع ہوتا ہے۔ اس ضرب کو صَدَم القلب (impulse) یا صَدَمَتہ الراس (apex beat) کہتے ہیں۔ بیماری میں بعض اوقات یا تو ضرب کی کمزوری کی وجہ سے یا اسوجہ سے کہ قلب کو شش ڈھانکے ہوئے ہو، صَدَم نہیں نظر آ سکتا۔ دایاں اُذین جب وہ مُتَنَسِّع (dilated) ہو، بعض اوقات عظم القفس سے دائیں طرف کو ضرب لگاتا ہوا دیکھا جاتا ہے۔ قلب کی بڑی کلائی کی بعض مثالوں میں دیوار سینہ کا باہر اُجڑنا بھی



معائنہ سے ظاہر ہوتا ہے۔

تندرست اشخاص میں بین الاضلاع فضاؤں کی ایک خفیف سی مرنی انکماش (systolic retraction) ہونا عام ہے۔ قلب کی بیش پروردگی (hypertrophy) کی حالت میں ایک زیادہ نمایاں باز کشیدگی واقع ہوتی ہے۔

## جس

(palpation)

صدَم کا محل وقوع عموماً جَس سے اس سے زیادہ قریبی طور پر متعین کیا جاسکتا ہے کہ جتنا معائنہ سے۔ وہ بائیں بطن کی بیش پروردگی کی صورت میں باہر کو اور نیچے کی طرف ہٹا ہوا ہوتا ہے، اور انتہائی اتساع میں بغل میں محسوس کیا جاسکتا ہے۔ ضرب قوی یا جاشی (heaving) اور سریع اور بے قاعدہ ہو سکتی ہے۔ ممکن ہے کہ وہ بالکل جَس پذیر نہ ہو۔ لاشعاعی امتحان ظاہر کرتا ہے کہ قلب کا بایاں کنارہ بالعموم اس نقطہ سے متناظر ہوتا ہے جو کہ بائیں طرف سب سے زیادہ دور ہوتا ہے، جہاں انگلیوں کو کسی چیز کے واضح طور پر سامنے کو اور اُفتی طور پر اُٹھنے کا احساس ہوتا ہے (63) نہ کہ اُس رقبہ کے بیرونی اور زیرین حصے سے کہ جس پر ارتعاشات محسوس کئے جاسکتے ہیں اور جس کے متعلق لاشعاعوں سے یہ ظاہر ہوتا ہے کہ یہ قلب کے رقبہ سے باہر واقع ہوتا ہے۔ ایک مثال میں جس کا کہ را قمر نے مشاہدہ کیا بائیں بطن کے بالائی حصے سے چوتھی فضا میں ایک ظاہری صدَم پیدا ہوگا تھا۔ ٹرا سیف پر ایک انکماش (systolic impulse) ایک بیش پروردہ دائیں بطن سے، اور طی سے جبکہ یہ فورسائی ہوتا ہے یا زسولی سے ایصال شدہ ہوتا ہے، یا نابض جگر (pulsating liver) سے پیدا ہو سکتا ہے۔ ممکن ہے کہ مُتَسَّع دایاں اُذین غلم القفس سے دائیں طرف ضرب لگاتا ہوا محسوس ہو۔ اور طی فورسما کی بعض اصابتوں میں قاعدہ قلب پر رکھا ہوا ہاتھ ایک صدمہ محسوس کرتا ہے، جس کو انبساطی صدمہ (diastolic shock) یا انبساطی بازگشت (diastolic rebound) کہتے ہیں، جو بائیں اور آسانی محسوس ہوتی ہے کہ فورسماش کو بچکاتا ہے اور دیوار صدر سے قریب تر

تماس مائل کر لیتا ہے۔

مصرعی مرض کی بعض مایاتوں میں ایک محدود رقبہ پر [ جس میں سماع الصدہ سے ایک خیر (murmur) سنائی دے سکتا ہے ] ہاتھ سے ایک ذمذبہ (thrill) (fremissement cataire) محسوس کیا جاسکتا ہے۔ اس کے ساتھ عموماً ایک خیر موجود ہوتا ہے، لیکن کبھی کبھی یہ خیر غیر موجود ہوتا ہے، جس کی وجہ یہ ہے کہ ارتعاشات اس قدر کمرخت (coarse) یعنی اس قدر مست شرح رکھنے والے ہوتے ہیں کہ وہ صرف محسوس کئے جاسکتے ہیں، سنائی نہیں دیتے۔ یہ مصلیٰ فیق (mitral stenosis) میں نہایت عام ہے، اور آذینی انکماش خیر (auriculo-systolic murmurs) کی ایک بڑی تعداد کے ساتھ، اور بعض وسط انبالی خیرات (mid-diastolic murmurs) کے ساتھ ساتھ موجود ہوتا ہے۔ دوسرے خیرات کے ساتھ ذذبہ نسبت بہت کم عام ہیں اور دوسرے مصرعی ضررات (valvular lesions) جیسے کہ ریوی فیق (pulmonary stenosis) (خلقی)، اور ملی فیق (aortic stenosis)، اور کبھی کبھی اور ملی بازروی (aortic regurgitation) اور عطرائی بازروی (mitral regurgitation) میں واقع ہوتے ہیں۔ انور سما اور الہتاب ناموں (pericarditis) بھی جس پذیر ارتعاشات پیدا کر سکتے ہیں۔

## قرع

(percussion)

گو کہ قرع کرنے پر سینہ کا بیشتر حصہ شش کی موجودگی کے باعث، گمک دار (resonant) ہوتا ہے، تاہم ایک چھوٹا رقبہ اوپری یا مطلق اصمیت کا بھی ہوتا ہے، جو قلب کی اگلی سطح کے اُس حصے سے متاثر ہوتا ہے جو شش نے حکا ہوا نہیں ہوتا۔ اس رقبہ کے گرد ایک رقبہ عمیق یا اضافی اصمیت (deep or relative dulness) کا ہے، جس کی بیرونی مد قلب کے حکا سے متاثر ہوتی ہے اور اس طرح اُس کی حقیقی جسامت کا ایک نقشہ بنا کر پیش کرتی ہے۔ اوپر کو یہ تیسری فضا تک پہنچتی ہے۔ بائیں طرف یہ صدم القلب تک پہنچتی ہے۔ اور دائیں طرف

یہ اکثر عظم القص کے دائیں کنارے سے نصف انچ باہر تک شناخت کیا جاسکتی ہے۔ عظم القص خود گمگ دار ہوتی ہے۔ اضافی اصمیت متوسط طور پر ہلکے قرع کی مدد سے بہترین حاصل ہوتی ہے۔ کمرے میں خاموشی ہونی چاہئے۔ لاشعاعی امتحان ظاہر کرتا ہے کہ قلب کا کنارہ عموماً اُس نقطہ سے غناظر ہوتا ہے کہ جہاں اولاً آواز کی گمگ میں معتدبہ تغیر واقع ہوتا ہے۔ اصمیت قلب کی زیرین حد، جگر کی اصمیت سے ممتاز نہیں کی جاسکتی، اور یہ فرض کر لیا گیا ہے کہ قلب کا خاکہ مدم القلب اور اصمیت کے دائیں کنارے کے زیرین ترین نقطہ کے درمیان واقع ہوتا ہے۔

قلب کا محل وقوع کسیندرم بغین کی وضع قیام کے ساتھ بدل جاتا ہے۔ دیوار سینہ پر قلب کا رقبہ برآمد (area of projection) انقباضی وضع میں اُس سے کسی قدر زیادہ نیچے تک پھیلے گا اور نسبت کم چوڑا ہوگا کہ جتنا افقی وضع میں ہوتا ہے۔ تب پھیپھڑے متمدد ہوں، جیسے کہ نفاخ میں تو قرع کرنے سے حساسیت قلب کا شناخت کرنا عموماً بالکل غیر ممکن ہوتا ہے، اور مزید براں مدم القلب اکثر اتنا کمزور ہوتا ہے کہ محسوس نہیں کیا جاسکتا۔ اضافی اصمیت کے رقبے کی زیادتی کا ایک اہم سبب تاجہ تاہوری (pericardial sac) کا مائع سے پُر ہو کر متمدد ہو جانا ہے۔ استثنائی طور پر اس تاجہ میں ہوا کی موجودگی سے یہ رقبہ گمگ دار ہو سکتا ہے۔ پیش قلبی اصمیت کے رقبہ کا، اوپر کے طرف، نیچے کو یا ایک جانب ہٹ جانا ہر اس شے کے سبب سے ہو سکتا ہے کہ جو قلب کو ان سمتوں میں ہٹا دے۔

## استماع

(auscultation)

سماع الصدر سے منہ پر قلب کی آوازیں "لب ڈپ" الفاٹ (syllables) سے مشابہ معلوم ہوتی ہیں۔ پہلی آواز نسبت زیادہ دھیمی (duller) اور لمبی، اور دوسری آواز نسبت زیادہ تیز (sharper) اور مختصر تر (shorter) ہوتی ہے۔ پہلی آواز کچھ تو عضلی انقباض اور کچھ اذنی بطینی صراحت (auriculo-ventricular valves) کے بند ہونے کے بعد اُن کے یکایک تن جانے (stretching)

کی وجہ سے ہوتی ہے، اور دوسری آواز نیم ہلالی مصرعوں (semilunar valves) کے بند ہونے کے بعد ان کے یکا یک تن جانے کے سبب ہے۔ دونوں مصرعوں کی صورت میں جوں ہی کہ دھنوں کی راہ سے خون کا بہنا بند ہوتا ہے دامن معمولاً ساتھ ساتھ تیرنے لگتے ہیں (1)۔ پہلی آواز اس قلب کے قریب بہترین، اور دوسری آواز قاعدہ پر بہترین سنائی دیتی ہے۔

ترمیمات اصوات - قلب کی آوازیں منفرد (accentuated) یا بلند میں منفرد، یا تعداد میں زیادہ ہو سکتی ہیں، یا ان کے زمانی تعلقات (time-relations) متغیر ہو سکتے ہیں۔

تفخیم (accentuation) متعدد اسباب پیدا ہو جاتی ہے، جن میں سے ایک سبب شش کی باز کشیدگی (retraction) ہے، کہ جس سے قلب دیوار صد سے قریب تر آ جاتا ہے۔ پہلی آواز کی تفخیم اور دھماپن (dulling) یا غما (muffling) بطبعی بیش پردگی سے پیدا ہو جاتی ہے، لیکن تفخیم غیر طبیعی کے (accentuation without dulling) مطرانی ضیق میں عام ہے۔ دوسری دھماپن بنی صلی فضا میں دوسری آواز کی تفخیم کی وجہ شش یا نی خون کے دباؤ کی زیادتی ہے، کہ جس سے مصرع بند ہونے کے بعد غیر معمولی قوت کے ساتھ تن جاتے ہیں [ملاحظہ ہو صفحہ ۱۰ ب (۲)]۔ اسی طرح دوسری یا تیسری بامیں فضا میں دوسری آواز کی تفخیم مائل طور پر ریوی مصرعوں (pulmonary valves) سے پیدا ہو جاتی ہے۔

تخفیف اصوات (diminution of sounds) قلب کے کمزور فعل سے پیدا ہوتی ہے، یا اس وجہ سے کہ قلب شش سے غیر معمولی طور پر ڈھکا ہوا ہو، جیسے کہ نفاخ میں، یا اس وجہ سے کہ وہ تادموری انصباب (pericardial effusion) سے گھرا ہوا ہو۔ اصوات قلب کی تخفیف اُس وقت بھی ہو سکتی ہے جبکہ مصرع ناکمل یا ناقص ہوں اور اس طرح خون کی بازروی (regurgitation) واقع ہو کر خیر امت (murmurs) پیدا ہو جائیں۔

دوسری آواز کا تضاعف (reduplication) عموماً قاعدہ قلب پر جو سنا جاتا ہے، بالخصوص ریوی رقبہ میں، اور بعض اوقات اُس کا ایصال راس تک

ہوتا ہے۔ وہ مصرعی مرض کی ان اصابتوں میں واقع ہوتا ہے جن میں پھیپھڑوں کا امتلاء ہوتا ہے اور ریوی دور (pulmonary circuit) میں دباؤ بڑھا ہوا ہوتا ہے۔ وہ اس واقعہ کے سبب سے ہوتا ہے کہ ریوی اور اُورٹلی مصراعات بالکل ہمزماں طور پر بند نہیں ہوتے۔ ممکن ہے کہ پہلی آواز کا تضاعف، جو اس پر سنا جاتا ہے، بعض اوقات اُذینی بطنی مصراعات کی غیر ہمزماں سدودی کے باعث ہر حرور اکض (canter-rhythm) میں اس پر پہلی یا دوسری آواز کا ایک نہایت نمایاں تضاعف ہوتا ہے، جس سے تہری لے (triple rhythm) کی دو قسمیں نمودار ہوتی ہیں، یعنی 'ٹی ٹی پ' اور 'ٹی ٹی پ' کی حرور اکض (canter-rhythm) کے سبب ہیں۔ (۱) زائد یا فائز آواز (extra sound) اُسی سبب سے پیدا ہوتی ہے جو اکثر اس مقام پر ایک عامل وسط انسا ملی (early mid-diastolic) یا اُذینی انکماش خریر پیدا کرتا ہے، یعنی وہ مطرانی ضیق (mitral stenosis) کی علامت ہے۔ (۲) یا وہ قلبی سدودی (ریملفظ ہو) کے سبب سے پیدا ہوتی ہے، اور ممکن ہے کہ وہ دراصل بجنہ وہی آواز ہو جو انقباض اُذین کے سبب سے ہوتی ہے۔ معمولی حالات میں یہ اسوج سے نہیں سنائی دیتی کہ بطنی سے بقدر قریب ہوتی ہے کہ آنواز کی آواز اس کو ڈھانک لیتی ہے۔ قلبی سدودی یا اُذین بطن سے کچھ پہلے منقبض ہوتا ہے، اور اس کے انقباض کی آواز انسا ملی کے دوران میں جلد یا دیر سے سنائی دیتی اور علی الترتیب دوسری یا پہلی آواز کو متضاعف (reduplicated) بنا دیتی ہے (Lewis)۔

219

قلب جس قدر زیادہ سرعت سے ضرب لگاتا ہے اُس قدر دوسری آواز اور اس کے بعد کی پہلی آواز کے درمیان کا وقفہ زیادہ مختصر ہوتا ہے۔ اُس طرح فعل میں جو قلبی خستگی (cardiac exhaustion) کی بعض قسموں کے ساتھ ہوتا ہے یہ دونوں وقفے مساوی ہو سکتے ہیں۔ ضربات قلب کمزور ہوتے ہیں، پہلی آواز دوسری آواز سے تمیز نہیں کی جا سکتی، اور جنینی قلب کی آوازوں سے قریبی مشابہت پائی جاتی ہے۔ اس حالت کو جنینی لے (foetal rhythm) یا جنینی قلب (embryocardia) کہتے ہیں۔

تندرست اشخاص میں اس پر کی جو پہلی آواز ہوتی ہے وہ قاعدہ پر اُورٹلی

رقبہ کی دوسری آواز کے نسبت دگنی شدت رکھتی ہے۔ عضل قلب کے انقطاع کی اصابتوں میں پہلی آواز جو اس پر کسی جاتی ہے اپنی شدت میں کم ہو جاتی ہے یہاں تک کہ وہ قاعدہ پر کی دوسری آواز کی شدت سے مساوی یا اس سے کم ہو جاتی ہے۔ ان دونوں کا مقابلہ کرنے کے لئے ایک خاص قسم کا سماع الصدر ایجاد کیا گیا ہے لیکن عموماً ایک معمولی سماع الصدر کی مدد سے کان ان کے فرق کو محسوس کر لینے کی پوری صلاحیت رکھتا ہے۔

**مرض کے باعث مصراعی و ہنوں پر خیریات۔** مصراع کی کوئی تنگی (narrowing) (stenosis) یا تسد (obstruction) ان کی راہ سے جانے والی خون کی رومیں ارتعاشات پیدا کر دیتا اور یہ ایک خیر (murmur) یا حرو (bruit) کے طور پر سنائی دینگے، جس کو ابتداء حرو و منفاخی (bruit de souffle) کہتے تھے۔ بخلاف انہیں اگر وہ مصراع علیہم الکفایت (incompetent) ہے تو کچھ خون اس کہفہ کے اندر باز رہتا ہو جائے گا جس میں سے وہ آیا تھا، اور اس سے بھی ایک خیر سنائی دینگا۔ یہ خیریات غیر طبعی اصوات (adventitious sounds) ہیں جو طبعی اصوات قلب کی جگہ لے لیتے ہیں۔ اگر ایک یسٹاں سورخ رکھنے والے نل میں سے مائع نہایت بلند رفتار سے بزور گذار جائے تو نل کی دیوار پر رگڑ لگنے سے قلاطم انگیز حرکت پیدا ہوگی اور ایک آواز سنائی دینگے۔ نسبت کم رفتار ہو تو ہسٹاں یسٹاں ہوتا ہے اور کوئی آواز نہیں پیدا ہوتی، اور یہی حالت اس وقت بھی ہوتی ہے جبکہ مائع ایک زیادہ چوڑے نل میں سے نل کر ایک نسبتہ چھوٹے نل میں جاتا ہے۔ لیکن جب مائع ایک چھوٹے نل میں سے ایک نسبتہ بڑے نل کے اندر یا ایک ننگے میں سے نکلے اس کے آگے نسبتہ چوڑی فضا میں جاتا ہے تو ایک آواز پیدا ہو جاتی ہے۔ اس کی توجیہ یہ ہے کہ پانی کی دھار (stream) ایک نسبتہ چھوٹے نل میں زیادہ بلند رفتار سے بہتی ہے اور اسی واسطے وہ ایک نسبتہ بڑے نل کے آہستہ حرکت کرتے ہوئے ستیال کے اندر ایک منجمد صاع (fluid vein) کی شکل میں آگے کو پھسکی جاتی ہے اور اس کی رگڑ گرداگرد کے ستیال پر لگنے سے وہ بخنوروں کی شکل میں پارہ پارہ ہو جاتی ہے۔ اس سے پیدا ہو جانے والے ارتعاشات

بصورت آواز مسموع ہوتے ہیں۔ اس اصول کی ایک مثال جو روزانہ دیکھنے میں آتی ہے ایک آبشار سے ملتی ہے، لیکن جسم انسان پر اس کا اطلاق وسیع طور پر ہوتا ہے چنانچہ مصراعوں کی تنگی اور عدم کفایت (incompetence) سے پیدا ہونے والے خیرات کا تذکرہ پہلے کیا گیا ہے، گویا یہ بتلادینا چاہئے کہ خیر کا ایک مزید سبب مصراعوں کی کوروں کے یا ان کی روئیدگیوں (vegetations) کے وہ ارتعاشات بھی ہو سکتے ہیں جو جوش خون کے اندر ہوتے ہیں۔ منجمد عمار (fluid vein) کے اصول سے ان خیرات کی توجہ بھی ہوتی ہے جو قابل بلن (septum ventriculosum) کے کسی انتقاب میں سے خون کے گزرنے سے پیدا ہو جاتے ہیں۔ طبعاً، جبکہ خون بڑے ثرائین میں سے چھوٹے ثرائین کے اندر جاتا ہے کوئی آواز نہیں سنائی دیتی۔ لیکن اگر ثرائین پر دباؤ پڑے تو ایک آواز پیدا ہوگی۔ فی الحقیقت انبساطی فشار (diastolic pressure) ایسے ہی ذرائع سے متعین کیا جاسکتا ہے۔ اسی طرح اگر بڑے اور وہ پر دباؤ پڑے تو ایک خیر سنائی دینگا، اور ثرائینی انورسما اور ثرائینی مرید انورسما میں بھی۔ بالآخر یہی اصول اس وقت بھی کارفرما ہوتا ہے جبکہ دوران نفس میں ہوا کی رگوں کی حرکت سے آوازیں پیدا ہو جاتی ہیں۔ آوازیں منہ میں پیدا ہو سکتی ہیں جیسے کہ سیٹی بجانے میں، نیز ناک کے اگلے یا پچھلے منخروں میں، مزار (glottis) میں یا تنفسی شعیبات اور ہوائی نالیوں کے درمیان۔

خیرات قلب ایک دوسرے سے امور ذیل میں مختلف ہوتے ہیں۔  
(۱) بہ لحاظ وقت۔ (۲) قلب کے دھنوں کے ساتھ اپنے تعلق میں۔ (۳) آواز کی نوعیت میں۔

خیرات کا وقت۔ وہ خیرات جو پہلی آواز کے ساتھ سنائی دیتے اور اس کے بعد ہوتے ہیں، بطینوں کے انقباض کے دوران میں واقع ہوتے ہیں اور انکماش (systolic) کہلاتے ہیں۔ وہ جو دوسری آواز کے ساتھ، یا اس کے اور اس کے بعد کی پہلی آواز کے درمیان سنائی دیتے ہیں، اتساع بطین کے دوران میں واقع ہوتے ہیں اور انبساطی (diastolic) کہلاتے ہیں۔ یہ خیرات انبساط میں اپنے عمل وقوع کے لحاظ سے عاجل (early) وسطی (mid) اور

220

آجل (late) انبساطی کہلاتے ہیں۔ آخر الذکر کو زیادہ عام طور پر قبل انبساطی (pre-systolic) کہتے ہیں، اور جب وہ، جیسا کہ بیشتر اصابتوں میں ہوتا ہے، بائیں اذین کے انقباض سے خون کے ایک تنگ فتحہ میں سے بزور گذرنے کی وجہ سے ہوتا ہے تو اسے اُذینی انبساطی (auriculo-systolic) کہہ سکتے ہیں۔ کسی خاص خیر کے وقت کی تعیین کے لئے، اس کا محل وقوع ضربِ قلب کے لحاظ سے یا عضروفِ رقی کے پاس سباتی ثریان کی ضرب کے لحاظ سے نوٹ کرنا چاہئے۔ یہ دونوں ضربیں کافی صحت کے ساتھ بطین کے انقباض کی قائم مقام ہوتی ہیں، لیکن نبضِ کجری (radial pulse) سباتی ثریان کی نبض سے اُسکینڈ بعد واقع ہوتی ہے۔



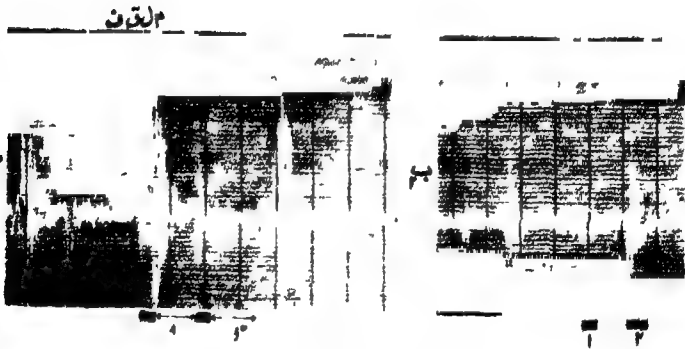
اُور ملی دھنہ پر تسدد کی حالت میں بطین کا انقباض، خون کو تسدد کھپا کر  
بزرگ گذار کر ایک خریر پیدا کرتا ہے۔ اسی وجہ سے وہ ایک انکماش خریر ہوتی ہے  
اور اگر قلب کی لمبی آوازیں "لب ڈپ" سے ظاہر ہوتی ہیں تو اس خریر کے ساتھ کی  
آوازیں "لف ڈپ" ("luff-dup") سے ظاہر کی جاسکتی ہیں (صفحہ ۱۰، الف)۔  
اُور ملی دھنہ پر کی بازروی ارتخا بطین کے دوران میں ایک خریر پیدا کر دیتی ہے، جو  
دوسری آواز کے ساتھ شروع ہوتی ہے۔ اسی واسطے وہ عاجل انبساطی (early diastolic)  
ہوتی ہے (صفحہ ۱۰، الف)۔

مطرائی دھنہ پر بازروی، بطین کے انقباض کے دوران میں ایک خریر پیدا  
کر دیتی ہے۔ اسی واسطے ایک انکماش خریر پیدا ہو جاتی ہے (صفحہ ۱۰، اب اور س)۔  
مطرائی مصراع کے مقام پر تسدد ہونے سے ایک انبساطی خریر پیدا ہو جاتی ہے، جو  
اُس وقت واقع ہونے کا رجحان رکھتی ہے جبکہ خون اُذین سے بطین کی طرف اعظم شدت  
کے ساتھ بہ رہا ہو، یعنی جب دباؤ کا فرق کبیر ترین ہو۔ قلبی دور کے دوران میں اُذین  
اور بطین کے دباؤ کے تغیرات کا علم ہمیں دوران انبساط میں دو ایسے مواقع ظاہر کرتا ہے  
جبکہ یہ حالت پائی جائیگی (ملاحظہ ہو شکل ۱۱)۔ پہلا موقع انبساط کے آغاز کے ذرا ہی  
بعد ہے، یعنی دوسری آواز کے بعد، جبکہ بطین کامل طور پر مرتخی لیکن خالی ہوتا ہے،  
اور اُذین اُس خون سے مطمئن ہوتا ہے جو پچھلے اُذینی انکماش کے وقت سے جمع ہو گیا  
ہے۔ دوسرا موقع خود اُذینی انکماش کے دوران میں ہوتا ہے، جبکہ دروں اُذینی فشار  
بہت بلند ہوتا ہے۔ اس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ مطرائی ضیق میں دو عام ترین خریرات  
میں سے ایک تو وہ خریر ہے جو وسط انبساط کے اوائل میں ہوتی اور محض ایک مٹا انبساطی  
خریر موسوم کی جاتی ہے (صفحہ ۱۰، ج، د اور س)، اور دوسری وہ قبل انکماش یا اُذینی  
انکماش خریر ہے جو انبساط کے خاتمہ کے قریب شروع ہو کر پہلی آوازیں ختم ہو جاتی ہے  
(ج اور د)۔ جب یہ خریرات فکر ایک ہو جاتے ہیں تو کامل انبساطی (full diastolic)  
کہلاتے ہیں (ب اور ج)۔ اس حقیقت کا تذکرہ پہلے ہی ہو چکا ہے کہ  
راس پر ایک متعاضف دوسری آواز اکثر مطرائی ضیق کے باعث ہوتی ہے۔ وہ اُسی طریقہ  
سے پیدا ہو جاتی ہے جس طرح کہ ایک وسط انبساطی خریر پیدا ہوتی ہے۔ بعض اوقات

## اسوات قلاب کی تسبیح اور رنی ملک بھانئیں



الف اور ملی پیش بسو ربات۔ پہلی آواز کی بجائے ایک اگلاسی خبر (۱۰) موعود ہے اور دو (۲۱) آواز کے فی الفور بعد ایک کمزور اجسالی خبر (۱) ہے۔



ب۔ مٹرائی ضیق اور باز روی۔ ب میں آوازیں اس القلب (apex) کے ذرا اندر کی طرف تبجیل کی گئی ہیں۔ پہلی آواز بلند ہے اور ایک انکی نشی خبر موجود ہے۔ دوسری آواز اور کامل اجسالی خبر یعنی ہر گنگی ہے ب میں آوازیں ریونی رقبہ کے اوپر تبجیل کی گئی ہیں۔ پہلی آواز کمزور ہے اور دوسری آواز ختم ہے۔



جبکہ قلب تیزی کے ساتھ ضارب ہوتا ہے مطرائی ضیق میں ایک مابل انبساطی خیراتی  
ریتی ہے ایسے ایک ایسی خور جو دوسری آواز کے ساتھ شروع ہوتی ہے۔

وسط انبساطی خور اپنی نوعیت میں نرم (soft) اور (soft) (blowing) اور بکلی

221

مختصر (short) ہو سکتی ہے، یا ممکن ہے کہ وہ قری (rumbling) ہو اور انبساط کے

پیشتر ھ میں جاری رہے، اور یہ ایک بلند درجہ کی ضیق کی علامت ہے۔ اُذینی

انکاشی خور بتدریج بلند تر ہوتی جاتی ہے، اور ایک منعم (accentuated) پہلی آواز

میں منع ہوتی ہے۔ وہ "ر-ر-رپ" ("r-r-rup") سے ظاہر کی جاسکتی ہے۔

وسط انبساطی اور اُذینی انکاشی خیرات دونوں کا ایک ہی وقت میں موجود ملنا ممکن

ہے (ج اور د) یا ممکن ہے کہ ایک اُذینی انکاشی خور ایک متضاعف دوسری

آواز کے ساتھ ہو۔

یہاں جو کچھ اُورلی اور مطرائی مصراعات کے متعلق بیان کیا گیا ہے وہی بتبدیلی

الفاظ ریوی اور شلنی مصراعات کے متعلق کہا جاسکتا ہے۔

خیرات کا تعلق قلب کی تے کے ساتھ اور اُس میں سے خون کے بہاؤ کے ساتھ

کیا ہے یہ ذیل میں بصورت جدول اس طرح ظاہر کیا جاسکتا ہے۔

دہنہ	ضربہ	خور
اُورلی	تسد	انکاشی
ریوی	بازروی	انبساطی
مطرائی	تسد	انبساطی
شلنی	بازروی	انبساطی

(مابل - قبل انکاشی یا اُذینی انکاشی)

انہیں سے ریوی بازروی (pulmonary regurgitant) کے خیرات اور

شلنی تسد (tricuspid osbtructive) کے خیرات نہایت شاذ ہیں۔ اور ریوی

تسد کے خیرات بقیہ پانچ کی نسبت نادر الوقع ہوتے ہیں، تاہم ریوی شریان کے

خطہ پر ایک انکاشی خور کا، خون کی مقدار یا صفت کے تغیرات کے ساتھ پایا جانا

بالکل عام ہے، اور اُسے دُموی خریہ (haemic murmur) کہتے ہیں۔

یہ امر ظاہر ہے کہ مندرجہ بالا آٹھ امکانی ضررات (چار دہنوں میں سے ہر ایک کے تسد یا بازروی) محض ان کے خریات اور قلب کی آوازوں کے باہمی تعلق پر سے نہیں شناخت کئے جاسکتے۔ لیکن ہمیں پیش قلبی رقبہ کے اُن مختلف نقطوں سے جن پر وہ بہتہ بن سُنے جاتے ہیں، اُن کے تمیز کرنے میں مدد ملتی ہے۔ یہ نقطے سطح کے نیچے مصراع کی اصلی جگہ سے نہیں متعین ہوتے، بلکہ دہنے سے گذر کر پہنچنے والے خون کی رو کی سمت سے، اور اُس سمت سے جس میں صوتی ارتعاشات پیدا ہوتے ہیں متعین ہوتے ہیں۔ خون کا بہاؤ جو اُورطی میں وسط قفس سے دائیں ترقوی ہڈی کی طرف ریوی ثمریان میں قفس سے اوپر کی طرف بائیں رُغ میں، اور قلب میں اُذین سے بطین میں ہوتا ہے، ہر خریہ کو ایک خاص راستہ سے منتقل کرتا ہے۔ اور بازروی کے خریات (regurgitant murmurs) کی صورت میں خون کی بازروی (reflux) اُورطی مصراعوں میں سے بطین میں، اور مطرائی مصراعوں میں سے اُذین میں، ایسے ہی طریقہ سے عمل کرتی ہے۔ رقبہ (area) کی اصطلاح (مطرائی رقبہ، اُورطی رقبہ) کا اطلاق اکثر پیش قلبہ (præcordia) یا متصل دیوار صدر کے اُس حصہ پر کیا جاتا ہے جہاں ایک خاص خریہ عموماً سُنی جاتی ہے، اور مصراعوں میں قفس کے لئے استماع قلب کرتے وقت ان رقبوں کا یکے بعد دیگرے امتحان کرنا چاہئے۔

اُورطی تسدد کے خریات سب سے زیادہ شدت کے ساتھ دوسری دائیں ضلعی گڑی اور عظم القفس کے مقام اتصال پر، اور دوسری دائیں بین ضلعی فضا کی انتہا (اُورطی رقبہ) پر سُنائی دیتے ہیں۔ اُن کا تعاقب اوپر کی طرف دائیں ترقوی ہڈی کے اندرونی نصف کی جانب، اور گردن کے عروق میں کیا جاسکتا ہے، اور بعض اوقات وہ دائیں فوق الشوکہ مغروہ (supraspinous fossa) میں سُنائی دیتے ہیں۔

اُورطی بازروی کے خریات اُورطی رقبہ پر سُنے جاتے ہیں۔ نیچے اُن کا تعاقب عظم القفس یا اُس کی بائیں ہاتھ والی جانب کے برابر برابر، راس قلب کے رُغ میں کیا جاسکتا ہے، جیسے خون کی بازروہ صاع کے خط کے ساتھ ساتھ۔ وہ عموماً

عظم القفص کے بائیں جانب بلند ترین ہوتے ہیں، اور بعض اوقات صرف یہی وہ جگہ ہوتی ہے جہاں وہ ٹھنکے جاسکتے ہیں۔

مطہرائی تسلسلہ کے خریات صدر کے ساتھ صدر القلب کا جو نقطہ ہے اس (مطہرائی رقبہ) پر سب سے زیادہ بلند سنائی دیتے ہیں۔ گو بعض اوقات وہ اس نقطہ اور عظم القفص کے درمیان کم و بیش شروع ہوتے ہیں، وہ اس پر ہمیشہ بہترین سنائی دیتے ہیں، اور اکثر ایک یا ڈیڑھ انچ کے رقبہ پر سمیٹے گئے ساتھ محدود ہوتے ہیں۔ سماع الصدہ کو نہ صرف اس مقام پر رکھنا چاہئے کہ جہاں صدر کو طبعاً ملتا ہے بلکہ ہمیشہ حقیقی ضرب قلب پر رکھنا چاہئے جو کہ امتحان سے معلوم ہوتی ہے۔ اگر صوب ہلکا دباؤ ہی کام میں لایا جائے تو وہ بہترین سنائی دیتے ہیں۔

۲۵۹

مطہرائی بازروی کے خریات بیشتر اس قلب پر سب سے زیادہ شدت کے ساتھ سنائی دیتے ہیں، لیکن وہ عموماً پیش قلب پر سے عظم القفص اور قاعدہ قلب کی طرف وسیع طور پر پھیلے ہوئے ہوتے ہیں، اگرچہ بالعموم وہ بائیں جانب کو تعاقب کرنے پر زیادہ زور سے سنائی دیتے ہیں۔ بغل میں اکثر ان کی بلندی جاتی رہتی ہے، لیکن وہ بائیں عظم الکف کے زاویہ پر پھر سنائی دینے لگتے ہیں۔

ریوی تسلسلہ کے خریات بڑی شدت کے ساتھ دوسری بائیں میں ضلعی فضا میں اس کے اندرونی حصے (ریوی رقبہ) پر سنائی دیتے ہیں، اور اُٹکا تعاقب اُس فضا میں باہر کی طرف، اور اوپر بائیں ترقوہ کی طرف کیا جاسکتا ہے۔ ریوی بازروی کے خریات تیسری بائیں ضلعی کرسی کے عظم القفص کے ساتھ اتصال کے مقام پر، اور وہاں سے نیچے کی طرف دائیں بطین پر، عظم القفص کے بائیں کنارے کے برابر برابر سنائی دیتے ہیں۔

مُثلثی تسلسلہ کے خریات بعض اوقات (مطہرائی تسلسلہ کے خریات کی طرح) ایک قبل انماشی یا وسط انماشی کے ساتھ عظم القفص کے بائیں جانب اس کے اور چوتھی ضلعی کرسی کے مقام اتصال پر سنائی دیتے ہیں۔

مُثلثی بازروی کے خریات عظم القفص کے زیرین نصف پر اس رقبہ پر سنائی دیتے ہیں جو قلب کے اُس حصے کے ساتھ خاصے قریبی طور پر مناظر

ہوتا ہے جو دونوں پھیپھڑوں کے درمیان کھلا ہوا رہ جاتا ہے، لیکن وہ اکثر غصہ و غمخیزی کے قاعدے (مُثلثی رقبہ) پر محدود ہوتے ہیں۔  
 قلب کے پیدا نشی نناصل در او رطی انور سما کے باعث پیدا ہونے والے خریات بعد میں بیان کئے جائیں گے۔

خوری کی نوعیت - آواز کی نوعیت اکثر اوقات نفی (blowing) اور بعض اوقات ریلے جیسی (rushing) آواز چلانے جیسی (sawing) یا ریتے جیسی (rasping) ہوتی ہے۔ بعض اوقات خریات صریح موسیقی نوعیت رکھتے ہیں۔ مصراع کے نیم علیحدہ شدہ لکڑے جو دموی رو میں کھیلنے ہوں، مصراعوں کے انشابات اور ذیلے اجال وتری (chordae tendinae) بعض اوقات ایسے ہی خریات پیدا کرتے ہیں۔ بعض اصابتوں میں ایک خریہ جو موسیقی نہیں ہوتی، ایک نقطہ پر اس ارتناع (pitch) کی نسبت ایک مختلف ارتناع (pitch) رکھتی ہے جو کہ وہ ایک اچھے فاصلہ پر رکھتی ہے۔

غالباً خون کی روئوں کی رفتار (velocity) پر جاذبہ (gravity) کے اثر سے، خریات مریض کی وضع کے لحاظ سے مختلف ہوتے ہیں۔ مثلاً یعنی جوئی وضع (recumbent position) میں اکثر او رطی مطرانی اور مثلثی انکماش خریات کی بنیاد میں ایک زیادتی ہو جاتی ہے۔ اس کے برعکس کھڑی وضع اکثر مطرانی شدہ کے اور او رطی باز روی کے خریات کی شدت کو بڑھا دیتی ہے۔ لیکن اس کے متعلق کوئی قطعی (hard and fast) قاعدہ مقرر نہیں ہے۔

خوریات کی اہمیت - یہ ایک حیرتناک امر ہے کہ خون جس راستہ (اور وہ، اذین، بطین، نربان) میں سے ہو کر گزرتا ہے اس کے قطر (calibre) میں بڑے تغیرات موجود ہونے کے باوجود قلب میں کوئی خریات عموماً نہیں پیدا ہوتے۔ یہ تصور کر لینا آسان ہے کہ کوئی چھوٹا تغیر جو کوئی امراضیاتی اہمیت نہ رکھتا ہو صورت حالاً کو بالکل بدل دیتا اور ایک خریہ پیدا کر دیتا ہے۔

دوران جنگ میں حاصل شدہ، خصوصاً لیوئس (Lewis) اور اس کے رفقاء کے کار کے تجربہ کی بنا پر خریات کی اہمیت کے متعلق خیالات بہت کچھ بدل گئے

ہیں۔ دستور یہ ہے کہ جس شخص میں انسانی خیریات موجود ہوں، اور اُعلیٰ بازروی یا مطرانی ضیق ظاہر کریں، اُسے ملازمت کے لئے زیادہ موزوں تصور نہ کیا جائے۔ تاہم انکماش خیر کی موجودگی کو بالکل نظر انداز کر دینا چاہئے، کیونکہ یہ پایا گیا ہے کہ جو اشخاص بالآخر ناقابل ثابت ہوتے ہیں اُن کا تناسب انکماش خیر رکھنے والوں میں بھی وہی ہوتا ہے جو کوئی خیر بالکل نہ رکھنے والوں میں ہوتا ہے۔ اس کا سبب بلاشبہ یہی ہے کہ بظاہر تندرست اشخاص میں جو انکماش خیرات سنائی دیتے ہیں وہ بعض اوقات بروں قلبی ہو سکتے ہیں، لیکن جب حقیقی مطرانی بازروی موجود ہو تو بعض اوقات اس ضرر کی توضیح اتنی اچھی ہوتی ہے کہ دوسرے علامات کی غیر موجودگی میں قلب کی کارکردگی میں کوئی قابل شناخت فرق نہیں پایا جاتا۔

وہ خیریات جو کہ چار مصرعی دھنوں میں سے کسی ایک کے حقیقی مرض پر منحصر ہیں، انہیں - مندرجہ بالا بیانات کا اطلاق اُن آوازوں پر ہے جو چار مصرعی دھنوں پر تسدات اور تراوشوں (leakages) سے پیدا ہو جاتے ہیں۔ لیکن پیش قلبی رقبہ پر ایسی غیر طبعی آوازیں بھی سنائی دیکتی ہیں جو دوسرے طریقوں سے پیدا ہو جاتی ہیں۔ ان میں سے بعض وظیفی خیرات (functional murmurs) کہلاتی ہیں، یہ مقابلہ اُن خیرات کے جو قلب کی ساخت کے مرض کے باعث ہوتی ہیں۔ دھوی خیرات (haemic murmurs) - عذیم الدم حالتوں میں جیسے کہ اخضریت (chlorosis)، متلف عدم دمویت (pernicious anaemia) اور خون کے بڑے فیامات کے بعد رقبہ قلب پر ایک انکماش خیر سنائی دیتی ہے۔ یہ اپنی نوعیت میں اکثر کُرخت (harsh) ہوتی ہے، اور دوسری بائیں بن ضلعی فضا میں بلند تر سنائی دیتی ہے، اور اُس فضا کے برابر برابر بائیں طرف اور بائیں ترقوہ ہڈی کی طرف اس کا تعاقب کیا جاسکتا ہے، یعنی ریوی شریان میں خون کے بہاؤ کی سمت میں۔ یہ خیر اکثر لیٹی ہوئی وضع میں بلند ترین ہوتی ہے، اور مریض کے کھڑے ہونے پر کم بلکہ بالکل غائب ہو جاتی ہے۔ شدید عدم دمویت کی حالت میں بھی راس پر اور پیچھے بھی ایک خیر سنائی دیکتی ہے۔ اس کی ایک ممکن توضیح یہ ہے کہ عدم دمویت میں جوئے خون کی بڑھی ہوئی رفتار (جو بڑھے ہوئے دقیق حجم



“minute volume” کی وجہ سے پیدا ہو جاتی ہے) ایک تظام انگیز حرکت یا خیر پیدا کر دیتی ہے۔

بروں قلبی خیرات (exocardial murmurs) یہ نفی نوعیت (blowing character) کی آوازیں ہیں، جو اندرون قلب کے تنیرات سے نہیں بندہ واز کے اُن ارتعاشات سے پیدا ہو جاتی ہیں جو قلب سے باہر نمودار ہو رہے ہیں۔ ان میں سے بعض ہر ضرب کے وقت جماعت قلب کے بدل جاتے کے باعث ہوتی ہیں، جس شے شے کے متعلقہ حصہ میں ہوا کے حرکات نمودار ہو کر قلبی لے کے ساتھ مختصر نفسی آوازوں کا ایک سلسلہ قلبی ریوی (cardio-pulmonary) پیدا ہو جاتا ہے۔ ان میں سے عام ترین ایک مختصر بلند ارتفاع (high-pitched) کی انکماشی خیر ہوتی ہے، جو اکثر اس تک محدود ہوتی ہے اور عصبی المزاج (nervous) یا تھکے ہوئے (excited) اشخاص میں اُن کے قلبی امتحان کے وقت سنائی دیتی ہے۔ ایسی خیر بعض اوقات پیچھے اُس منظم الکنتف (scapula) پر اور سامنے بھی سنائی دیتی ہے۔ اگر یہ سماع الصدر کے سخت دباؤ سے غائب ہو جائے تو بعض لوگ اس کے بروں قلبی پیدا کو ثابت تصور کر سکتے ہیں۔ لیکن تاہم موری فرک کی آوازیں (pericardial friction sounds) جو یقیناً قلب سے باہر پیدا ہوتی ہیں، اور غلطی سے اندرونی حرکات (internal bruits) سمجھی جاسکتی ہیں، دباؤ سے اکثر زیادہ ہو جاتی ہیں۔ ایک انکماشی راسی خیر، جو صرف دورانِ شہیت (inspiration) میں سنائی دے یا صرف اُس وقت تک سنائی دے جب تک کہ شش پھیلا ہوا رہے، غالباً اکثر قلبی ریوی ہوتی ہے۔

دوسرے بروں قلبی خیرات قلب کی غیر وضعیت (displacement) سے پیدا ہو جاتے ہیں، جیسے کہ اُس وقت جبکہ وہ پلورائی انصباب سے یا تشوہات (deformities) صدر سے محفوظ ہو جائے۔ اور دوسرے بروں قلبی خیرات قلب کے بالکل ہم پلور اور زیادہ بائیں جانب پرکشش اور پلورائی کی مرضی حالتوں سے پیدا ہو جاتے ہیں۔ بعض اوقات جبکہ ایک بڑا ریوی کہنہ قلب کے قریبی تماس میں ہو، نہایت غیر معمولی خیرات سنائی دیتے ہیں، جس کی وجہ یہ ہے کہ ہر صدمہ القلب کے ساتھ ہوا کہنہ

یہ ایک باہر خارج ہو جاتی ہے۔

**فرک کی آوازیں (friction sounds) - رگڑ (rub)** یا فرک کی آوازیں بروں قلبی آوازیں ہیں، جو قلب کی حرکتوں کے دوران میں ملتا ہوا اور گھڑی تادوری سطحوں کے ایک دوسری پر حرکت کرنے سے پیدا ہو جاتی ہیں۔ وہ اپنی نوعیت میں عموماً کرخت اور رگڑ دار (rough and grating) ہوتی ہیں، اور اسی واسطے تذکرہ بالا نفی خبریات سے آسانی تیز کی جاسکتی ہیں۔ تادوری رگڑ (pericardial rub) ایک منفرد آواز، انکماش کے دوران میں ہو سکتی ہے، یا ایک دہری آواز، جبکہ ایک آواز انکماش کے دوران میں اور دوسری انبساط کے دوران میں ہوتی ہے۔ یا وہ ایک تہری (triple) آواز ہوتی ہے جیسی کہ پہلو بدلنے کی آواز (shuffling) ہوتی ہے، جو نہایت تیز ہوتی ہے۔ وہ عموماً قلب کی آوازوں کے ساتھ ہم زماں نہیں ہوتی، وہ پیش قلبی رقبہ کے تقریباً کسی بھی حصے میں شروع ہو جاتی ہے اور اُس کے سارے حصے پر پھیل سکتی ہے۔ بعض اوقات وہ مسامع الصد کے دباؤ سے زیادہ بلند ہو جاتی ہے۔ پلیورائی تادوری فرک کا تذکرہ پہلے کیا گیا ہے۔

## قلب کی قابلیتِ جہد کی تشخیص

قلب کے تمام امتحانات میں سے اہم ترین، اُس کی محفوظ قوت کی تشخیص ہے جس سے اُس کی اُس جھبیت کا دریافت کرنا مراد ہے جو وہ ورزش و محنت کے بعد ظاہر کرتا ہے۔ یہ اپنی سادہ ترین شکل میں اس پر مشتمل ہے کہ مریض سے کوئی ورزش یا محنت، جیسے کہ جلد جلد چلنے، لیول پر یا زینہ پر دوڑنے یا ڈمبلز (dumb-bells) سے کوئی سادہ ورزش کرنے کو کہا جائے، اور پھر یہ مشاہدہ کیا جائے کہ آیا اُسکی سانس غیر معمولی طور پر پھول گئی ہے، یا وہ اُس محنت کے بعد خستہ ہو گیا ہے، آیا وہ زرد پڑ جاتا ہے، یا اُس کا بشرہ تشویشناک ہو گیا ہے، یا اُسے ذہبی درد (anginal pain) پیدا ہو جاتا ہے۔ اس تعلق میں مریض کی مرگشت بھی نہایت اہمیت رکھتی ہے، مثلاً یہ کہ لڑکپن سے وہ مدرسہ کے کھیلوں میں حصہ لینے کے قابل کبھی نہ تھا، یا یہ کہ رشتہ بننا یا انفلوئنزا یا خناق و بائی کا حملہ ہونے کے بعد سے وہ دوڑنے کے قابل کبھی نہ ہوا یا یہ کہ

وہ ریل پر سوار ہونے کے لئے کبھی نہیں دوڑتا، کیونکہ اُس کی سانس پھول جاتی ہے یا یہ کہ وہ کبھی دوڑ کر زینہ پر نہیں چڑھتا، اور علیٰ ہذا القیاس۔

ورزش یا محنت کی مجبیت خریات کی بلندی سے کوئی تعلق نہیں رکھتی۔

یہ حقیقت فوج کے لئے رنگروٹوں کے امتحان کے وقت مشاہدہ میں آتی۔ بہت سے ایسے آدمیوں میں بلند پیش قلبی خریات پائے گئے، جو خود کو ہمیشہ تندرست سمجھتے رہے تھے، اور ان کے قلوب نے ورزش کی بالکل طبعی مجبیت ظاہر کی۔ اس کے برعکس اُورلی باز روی کی اصابتوں میں شدید ترین اصابتیں اکثر نرم ترین خریات ظاہر کرتی ہیں۔ قلب کی جہامت کی تخمین سے اُس کی شکل سے اور عضلہ قلب کی شیش پردردگی کی مقدار سے تعویض طلب ضرر کی وسعت کا بہتر اندازہ حاصل ہو سکے گا۔ جُتس اور قوع سے کام لیا جاسکتا ہے، لیکن لاشعاعوں سے نہایت یقینی معلومات حاصل ہو سکتے ہیں۔ پیمائشیں صحیح دروں بخاری طور پر (orthodiagraphically) یعنی چاہئیں۔

مروم ڈاکٹر جی۔ ایچ ہنٹ (G. H. Hunt) جنہوں نے ورزش کے پہلے

اور اس کے بعد شرح نبض پر کثیر التعداد مشاہدات کئے، یقین رکھتے تھے کہ یہ مرض کی

حالت میں قلب کی کارکردگی کی تخمین کے لئے مفید ہے۔ ایک معینہ مقدار کے کام

کی موقوفی کے عین بعد، پہلے دو منٹوں کے دوران میں ضربات قلب کی تعداد شمار کی جاتی

ہے اور اُس کا مقابلہ بحالت آرام دریافت کردہ نبض کی شرح سے کیا جاتا ہے۔

ایک نسبت قائم کی جاتی ہے۔ مثلاً یہ فرض کیا جائے کہ شرح نبض بحالت آرام

۶۰ تھی اور ورزش کے بعد ۱۶۰ ضربات شمار کئے گئے، تو نسبت ۲،۶۹ ہوگی۔

ایک ۱۳ اینج بلندی (قدم) سے چڑھنے اور اترنے پر مشتمل ہوتی ہے جس کی تریس

افراد میں جب وہ اس ورزش کو فی منٹ تیس بار کے حساب سے تین منٹ تک

دیتے ہیں تو نبض کی نسبت تقریباً ۲۵۵ ہوتی ہے۔ مریض کے لئے یہ ورزش اس طرح

منتخب کی جاتی ہے (مثلاً ۵، پندرہ، یا بیس میڑھیاں فی منٹ، تین منٹوں کے لیے)

کہ جس سے نبض کی نسبت ۲۵۵ پائی جائے۔ فرض کیجئے کہ شرح ۶۰ تھی، تو پھر کارکردگی

۱۶۰ شمار کی جاتی ہے، یعنی طبعی کی ۲۔ لیکن اُس شرح کا لحاظ رکھنا بھی مناسب ہے کہ

جس پر نبض ورزش کے بعد کم ہو جاتی ہے۔





الف۔ مستدل درجہ کا طرزی ضیق۔ ملاحظہ ہو کہ بائیں طرف اور طی دگیا کے نیچے قلب کا کنارہ بدست



ب۔ ترقی یافتہ طرزی ضیق۔ ملاحظہ ہو کہ بائیں کنارہ پر اور طی دگیا مفقود ہے اور ریوی قمع متع ہے۔ دائیں کنارے پر جو ہلکا رقبہ ہے ممکن ہے وہ دائیں طرف کو پھیلا ہوا بایاں اذین ہو۔ (یہ شعاع نکاشتر مرہ لندہ سے لاکہ نے لی ہیں)

## لاشعاعوں کی مدد سے قلب کا امتحان

اس ذریعہ سے جامت قلب کی ٹھیک تعیین کی جاسکتی ہے۔ یہ طریقہ نفاخ کی اصابتوں میں خاص اہمیت رکھتا ہے، کہ جن میں قرح عموماً غیر معتبر ہوتا ہے۔ چونکہ شعاعیں ضد زیر برقیہ (anticathode) سے منعکس ہو کر ایک نقطہ سے خارج ہوتی ہیں، لہذا وہ متوازن نہیں ہوتیں۔ اور اس واسطے پردے پر کا سایہ اُس سے بڑا ہوتا ہے جتنا کہ قلب حقیقتہ ہے۔ اس کی اصلاح کے لئے قلب کی پیمائش صحیح ذروں بھاری طور پر ("orthodiagraphically") کرنی چاہئے۔ ڈانفرام کو نیچے روک دیا جاتا ہے، اور نلی کو اِدھر اُدھر حرکت دیجاتی ہے، جس سے قلب کی کوریں پردے پر تنگ میدان کے وسط میں نظر آتی اور نمایاں ہوتی ہیں۔

دوسرا طریقہ یہ ہے کہ مریض کو نلی کے سامنے ۶ فیٹ پر رکھ کر شعاع بھاری (radiogram) لی جائے۔ اس فاصلہ پر شعاعوں کا انفراج اس قدر ہوگا کہ کوئی شے غلطی پیدا نہیں ہو سکتی۔

اگرچہ لاشعاعوں سے قلب کا امتحان ایک بہت وسیع موضوع ہے اور یہاں اُسکی پوری بحث درج نہیں کی جاسکتی، تاہم چند نسبت زیادہ اہم امور کا تذکرہ کیا جاتا ہے۔

شکل ۱۲ میں (۱) طبعی قلب کی شکل اور وضع بھاری شریخ ظاہر کرتی ہے۔ دیکھو اور طبعی محراب اوپر کو دائیں طرف بروز کرنے والا ایک نمایاں ڈگیا (knuckle) بناتی ہے۔

(۲) اس وقت جبکہ مریض دائیں اگلی ترچھی وضع میں ہو، شعاعیں پشت سے سامنے آرہی ہوں، طبعی حالت کو ظاہر کرتی ہے۔

صفحہ ۱۱ (مطرائی ضیق) میں شکل مزید اور طبعی دگیا جیسا کہ طبعی حالات میں ہوتا ہے کوئی نہیں ہے۔

اس سے ذرا نیچے جو اتساع ہے وہ بائیں آذینی ضمیمہ کے اتساع کی وجہ سے نہیں ہے، جو کہ ہمیشہ بہت چھوٹا رہتا ہے، بلکہ یہ ریوی شریان کے قمع کی وجہ سے ہے جو کہ تسع ہوتا ہے اور اکثر ایک اُبھار پیدا کر دیتا ہے، لیکن بایاں بطین معمول کی نسبت چھوٹا ہے، لہذا اس کو کیلا ہو جانے کا رجحان رکھتا ہے اور قلب کا بایاں کسارا

ممول کی نسبت زیادہ انتصابی ہے۔ اذین متسع ہوتے ہیں اسدیا مرہیم نکلنے کے بعد ترجیحی وضع میں جیسا کہ (۲۶) میں بخوبی نظر آتا ہے۔ مری نخنی ہوجاتی ہے۔ بایاں اذین بسا اوقات بہت ہی متسع ہوتا ہے (انورسمائی اتساع) اور دائیں طرف اس سے زیادہ پھیلا ہوتا ہے کہ جتنا بایاں اذین۔

صفحہ ۱۲ الف میں جو توفیض یافتہ (compensated) اور ملی باز روی کی ایک اصابت ظاہر کرتا ہے۔ بایاں بطین گول اور اس نیچے اور باہر کی طرف ہٹا ہوا ہے۔ اس پر بکثرت نبضان ہے۔ اور ملی متسع ہے اور گلیا (knuckle) بہت ہی نمایاں۔ خالص پیدائشی ریوی فیتق میں دایاں بطین بیشش پروردہ اور دایاں اذین متسع، اور بایاں بطین باہر کی طرف ہٹا ہوا اور بالکل چھوٹا ہے (صفحہ ۱۲، ب)۔ اکثر ریوی ثریان کا مبداء متسع ہوتا ہے، لیکن اس کا سبب غیر واضح ہے۔ جب فاصل بھی نامکمل ہوتا ہے تو قلب کی شکل طبعی ہوتی ہے، اگرچہ وہ بڑی ہوتی ہے۔

225

اس کی تعیین میں بھی کہ آیا قلب غیر معمولی طور پر بڑا ہے، صحیح دروں نگاری پیمائشیں مفید ہیں، جو ایک معمولی لاشماعی منصوب (X-ray installation) سے بالکل آسانی سے حاصل کی جاسکتی ہیں۔ بہترین پیمائش جونی جاتی ہے عرضی چوڑائی ہے جو کہ شکل ۱۲ (۱) میں دو ٹکڑوں ۵ اور ۵ سے بنی ہوئی ہے۔ مطلوبہ قطوں کے مقام کی تعیین دشوار ہونے کی وجہ سے طولی پیمائش عموماً اتنی تنسی بخش نہیں ہوتی طبعی قدروں کا انحصار فرد کے وزن پر رہتا ہے۔ رائل ایئر فورس (Royal air force) سے لئے ہوئے اٹھارہ اور چالیس سال کی عمروں کے دربان بہترین نتائج کا حساب جدول میں خاص طور پر لگایا گیا ہے (63)۔ قلب کا عرضی قطر لائے پتلے لوگوں میں چھوٹا ہوتا ہے کیونکہ وہ انتصابی طور پر بڑا ہوتا ہے اور اس کے بعد فرض کرو کہ قطر اقل سے ذرا کم ہے، اور موضوع کا وزن، جیسا کہ اس کی لمبائی سے اندازہ لگایا گیا ہے (ملاحظہ ہو جدول صفحہ 472)، اور طے سے کہ ہے ایسی صورت میں موضوع کو طبعی سمجھنا چاہئے۔ جب موضوع کا وزن اندازہ لگائے ہوئے وزن سے زیادہ ہو تو اعظم کی صحت میں بھی ایسی ہی رعایت کرنی ضروری ہے۔



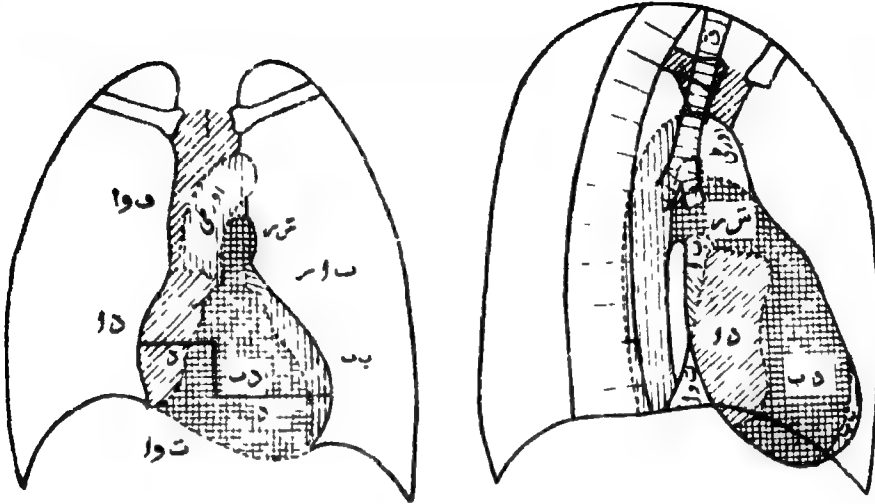
الف۔ اوٹلی، زروں۔ ٹول، یعنی سیاہ اور منیع ورمی ماحصہ ہو۔  
 (منعاً کائناتیں مسئلہ سے لاک نے لی ہے،

— — — — —



ب خالص ریویضی جنس میں دایم طرف اتساع اور پیش پروردگی ہے۔





شکل ۱۲

(۲) دائیں مقدم ترچی اے۔ پائسن۔

(۱) قلب کی شمائیاتی تشریح۔ مقدم

## ٹریڈ گولڈ اور برٹن

(Treadgold and Burton)

قلب کی عموماًئی (د + د)			وزن (پونڈوں میں)
اعظم	اوسط	اقص	
۱۵	۱۳.۶	۱۲.۳	۲۰۰
۱۴.۶	۱۳.۴	۱۲	۱۹۰
۱۴.۲	۱۲.۹	۱۱.۶	۱۸۰
۱۳.۸	۱۲.۶	۱۱.۳	۱۷۰
۱۳.۵	۱۲.۲	۱۱	۱۶۰
۱۳.۱	۱۱.۹	۱۰.۶	۱۵۰
۱۲.۷	۱۱.۵	۱۰.۳	۱۴۰
۱۲.۳	۱۱.۱	۱۰.۱	۱۳۰
۱۲.۰	۱۰.۸	۹.۷	۱۲۰
۱۱.۶	۱۰.۴	۹.۴	۱۱۰
۱۱.۳	۱۰.۱	۹.۱	۱۰۰ (قیاس کردہ)

# عروق دمویہ کا امتحان

## نبض کعبری

(radial pulse)

226

نبض قلب کے فعل اور دوران خون کی حالت معلوم کرنے کا ایک اہم ذریعہ ہے۔ نبض کعبری پر مشاہدات کے لئے کلائی میں کعبری شریان (radial artery) نہایت عام طور پر کام میں لائی جاتی ہے۔ لیکن نبض کا امتحان دوسرے مقامات میں بھی کیا جاتا ہے، مثلاً زبیدی شریان (ulnar artery) میں کلائی میں، عضدی شریان (brachial artery) میں بازو میں، سباتی شریان (carotid) میں غصروف درقی (thyroid cartilage) کے پہلو میں، وجہی شریان (facial artery) میں اُس مقام پر کہ جہاں وہ نیچے کے جڑے کے گرد گھومتی ہے، اوپری صدغی شریان (superficial temporal artery) میں کان کے اوپر، فذی شریان (femoral artery) میں ٹوپا پارٹ کے رباط کے نیچے، پچھلی قصبیتی شریان (posterior tibial) میں اندرونی کعبیہ (internal malleolus) کے پیچھے، اور ٹھہری قدیمی شریان (dorsalis pedis) میں پہلی بعد حارقی (metatarsal) ہڈی کے قاعدے کے قریب۔

یہ یاد رکھنا چاہئے کہ کعبری شریان ہمیشہ ہی اپنے طبعی مقام پر نہیں رہتی، بلکہ بعض اوقات کعبہ (radius) پر گھوم کر کلائی کے جوڑے سے ایک یا دو انچ اوپر کلائی کی پشت پر چلی جاتی ہے، اور ایسا ایک یا دونوں طرف ہونا ممکن ہے۔ نسبتہً نادر مثالوں میں کعبری شریان غیر معمولی طور پر چھوٹی ہوتی ہے اور اسکی توویض مفتی وسطی شریان (comes nervi mediani) اپنی غیر معمولی جسامت سے کر دیتی ہے۔

نبض میں امور ذیل نوٹ کرنے کے قابل ہوتے ہیں :-  
شرح نبض اور توازن۔ شرح نبض یا نبض کا تواتر اور اس کی لئے

یا نظم دونوں قلب کے فعل پر استدرتگی طور پر انحصار رکھتے ہیں کہ اُن کے تغیرات پر اسی وقت غور کرنا بہتر ہوگا جبکہ فعل قلب کی غیرطبیعی حالتوں سے بحث ہوگی۔ یہاں اسی قدر بیان کر دینا کافی ہے کہ طبیعی طور پر قلب ایک منٹ میں تقریباً ستتر بار منظم طور پر ضرب لگاتا ہے، جس میں پچائش اور انشی کے درمیان اختلافات ہوتے ہیں۔ یہ کہ نبض کجبری کی موج، 'مدم القلب' (impulse of the heart) سے نسبتاً معتد بہ مد کے بعد محسوس ہوتی ہے۔ اور یہ کہ اگر کسی وجہ سے بطن کے انقباضات اور طی کے مسرعوں کی راہ سے کوئی خون خارج نہ کریں تو نبض کی ضربات بطن کے انقباضات کی نسبت تعداد میں کم ہو جاتی ہیں۔

نبضان (pulsation)

کی مقدار اور زرق (ضغط النبض)

(pulse pressure)۔ اس کی

تعمین کا طریقہ یہ ہے کہ شریان پر

انگی کا دباؤ بڑھاتے جائیں تاکہ

اتم نبضان محسوس ہو۔ آخر الذکر

ضغط النبض کا نمائندہ ہے۔

نبض سریع (pulsus celer)

میں یہ دباؤ بہ سرعت نمودار ہو جاتا

ہے (ملاحظہ ہو اور طی بازرو = aortic regurgitation)۔ نبض بطی (pulsus

tardus) میں یہ تاخیر کے ساتھ نمودار ہوتا ہے (ملاحظہ ہو ضیق الاورطی aortic

stenosis)۔ ضغط النبض شریان کی جسامت کے ساتھ، خون کی اس مقدار کے ساتھ

جو ہر ضرب قلب کے ساتھ شریان کے اندر بھیجی جاتی ہے، اور اس سرعت کے ساتھ

کہ جس سے قلب خون کو اور طی کے اندر داخل کرتا ہے، اختلاف پذیر ہوتا ہے۔

جب ضغط النبض قابل اطمینان ہو تو نبض کو بعض اوقات 'متمل' (full)، 'کبیر

(large) یا 'مشرّف' (bounding) کہتے ہیں۔ جب ضغط النبض کم درجہ کا ہو تو نبض کو 'صغیر

(small) کہتے ہیں۔

شکل ۱۳ الف بطی نرم نبض۔ دباؤ ۲ اونس۔ ب۔ نبض کی صلب نبض۔

ایک غیر منظم نبض میں ضربات عموماً اپنے نبضان کی مقدار میں، نیز اپنے وقوع کے وقت میں اختلاف پذیر ہوتے ہیں، کیونکہ ایک طویل انبساطی (diastolic) عرصہ سے بطن کے اندر زیادہ خون جمع ہونے کے لئے وقت ملتا ہے، جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ اگر قلب الطینان بخش طریقہ سے نبض لگتا رہا ہے تو آئندہ ضرب کے ساتھ اور ملی مصراع کی راہ سے زیادہ خون خارج ہوگا (ملاحظہ ہو شکل ۲۶ اور ۲۷ صفحہ 237 پر)۔

نبض متناقض (pulsus paradoxus) میں دورانِ شہیق میں نبض کی بہت تخفیف یا کُلّی غیر موجودگی ہوتی ہے۔ اگرچہ بہت نادر ہوتی ہے، لیکن کئی حالتوں کے تحت واقع ہو سکتی ہے، جیسے کہ التهابِ واسطی و تاندوری (mediastino-pericarditis)، التهابِ تاندور (pericarditis)، واسطی سلعہ، شدید کمزوری قلب، پلیورائی السباب، باہوائی گندگاہوں کے تسدّر (obstruction) میں۔ نبض کے حجم کا تذکرہ صفحہ 223 پر کیا گیا ہے۔

تشریاتی دیوار۔ اگر نبض کو اٹھکی کے دباؤ سے روکا جائے اور خون سے خالی کر دیا جائے تو اسے بحالتِ صحت شاذ ہی ایک جداگانہ ساخت کے طور پر محسوس ہونا چاہئے۔ لیکن اگر وہ تشریاتی تصلب (arterio-sclerosis) کی وجہ سے دبیز یا استوار ہو گئی ہے تو باسانی محسوس ہو جاتی ہے۔ اور اگر اس میں انتہا درجہ کی تکلیس ہو گئی ہے تو رگ کی لمبائی پر اٹھکی اور پراور نیچے پھیرنے سے کسی جماؤ کی ناہواریاں محسوس کی جاسکتی ہیں۔

نبض کی سختی تشریاتی دباؤ (arterial pressure)۔ اگر تشریان پر اٹھکی بڑھتے ہوئے زور کے ساتھ دبائی جائے تو بالآخر خون کا بہاؤ موقوف ہو جاتا ہے۔ بہترین یہ ہے کہ تشریان کو بائیں ہاتھ کی انگشتِ شہادت سے دبایا جائے، اور دوسرے ہاتھ کی انگشتِ شہادت نیچے رکھ دی جائے تاکہ اس سے معلوم ہو جائے کہ نبض کب رکتی ہے۔ اس ہاتھ کی دوسری انگلیاں تشریان پر اور آگے بڑھ کر دہانی چاہئیں تاکہ تشریاتی تقہات (arterial anastomoses) کی وساطت سے نیچے سے کوئی نبض اوپر کو نہ آنے پائے۔ وہ نبضیں جن میں غصیف سا دباؤ کافی ہولین (soft) یا ضغط پذیر (compressible) کہلاتی ہیں، اور وہ جن میں زیادہ دباؤ کی ضرورت ہو

صلب (hard) یا ضغط ناپذیر (incompressible) انگلی کے دباؤ سے نبض موقوف ہو جائے کہ بعد اگر انگلی کو آہستگی کے ساتھ اٹھایا جائے تو نبض صلب کی حالت میں خون انگلی کے نیچے اس سے بہت زیادہ قوت کے ساتھ گزرتا ہوا محسوس ہوگا کہ جتنا وہ نبض لپٹن کی حالت میں گزرتا ہے۔ صلابت نبض اور ضغط نبض ایک دوسرے پر منحصر ہوئے اختلاف پذیر ہو سکتے ہیں۔ اوسط انسانی ضغط (mean diastolic pressure) کا اندازہ اس ضغط یا دباؤ کو نوٹ کر کے کیا جاسکتا ہے جو اعظم نبضان حاصل کرنے کے لئے انگلی کو شریان پر لگانا پڑے۔

اگرچہ یہ امور ایک تربیت یافتہ طبیب کی انگلی سے ایک خاص حد تک شناخت ہو سکتے ہیں، تاہم زیادہ دقیق فیصلہ صرف آلات کے ذریعہ سے معلوم ہو سکتے ہیں جنہیں سے نبض نگار (sphygmograph) اور ضغط انقباض (sphygmomanometer) کا استعمال عام ہے۔

نبض نگار (sphygmograph)۔ اس آلہ میں ایک ہلکی کمائی کجری شریان کو دباتی ہے، اور شریانی دیوار کی حرکت ایک ہیرم کو منتقل ہو جاتی ہے۔ اور اس میں ایک باریک نوک لگی ہوئی ہوتی ہے جو تکبیر یافتہ

(magnified) حرکات کی ترسیم ایک سیاہ کاغذ پر کر دیتی ہے جو ایک گھڑی کل (clockwork) کے ذریعہ افقاً حرکت کرتا رہتا ہے۔ شریان پر کمائی کا ضغط (pressure) جو صحیح انداز حاصل کرنے کے لئے ضروری ہے ہر حالت کے ساتھ مختلف ہوتا ہے، اور بہترین آلات وہ ہیں جو استعمال کردہ ضغط کی مقدار کی تسجیل اونسوں (ounces) میں کرتے ہیں۔

تواتر اور نظم (regularity) کے علاوہ، جونی انورمکسوس کہے جاسکتے ہیں۔ اندراج کے دوسرے خصوصیات بھی ہیں جن کے لئے خاص مطالعہ کی ضرورت ہے۔  
نفس ثریانی کی ہر ضرب کی ترکیب میں (ملاحظہ ہو شکل ۱۲) ایک جزو صاعد (upstroke) آتا ہے، جو غیر منقطع اور تقریباً انتصابی ہوتا ہے۔ اور ایک جزو نازل (downstroke) آتا ہے، جو تقریباً ہوتا ہے، اور ایک یا دو ارتفاعات سے منقطع (interrupted) ہوتا ہے جگہ درمیان نشیب مائل ہوتے ہیں۔

جزو صاعد (upstroke) دباؤ کی زیادتی کا نمائندہ ہے، جو بائیں بطن کے انقباض کے باعث ہوتی ہے، جبکہ وہ بطنیں اُپر والی کے اندر خون کو دھکیلتا ہے۔ دباؤ کی یہ موج بہ سرعت میٹلی ثرایین میں منتقل ہو جاتی ہے اس جزو صاعد (upstroke) کے راس کو موج القراع (percussion wave) کہتے ہیں۔ اس کی بلندی بطنی انقباض سے خارج شدہ خون کی مقدار سے متناسب ہوتی ہے، اور انقباض کی سرعت یا فجائیت (suddenness) ضربی جزو (stroke) کے انتصابی فہر سے ظاہر ہوتی ہے۔ یہ بلندی اُس وقت بھی زیادہ ہوتی ہے جبکہ ثریانی دیوار لائٹ (yielding) ہو، اور اُس وقت کم ہوتی ہے جبکہ ثریانی دیوار تنیدہ (tense) اور دافع (resistant) ہو۔ اشکال ۱۳ الف اور ب اور ۱۴ الف اور ب کا اشکال ۱۵ الف، ب، ج سے مقابلہ کرو۔

228

جزو نازل (downstroke) کے فہر کے ارتفاعات میں سب سے زیادہ منتقل ضربی موج (diastolic wave) ہے (شکل ۱۲ الف ج، شکل ۱۳ الف ج، شکل ۱۵ الف ج)۔ یہ بیشتر نبضوں میں موجود ہوتی ہے۔ جب یہ نہایت نمایاں ہو، جیسے کہ شکل ۱۴ میں، تو اس موج کو انگلی مسکوس کر سکتی ہے، جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ نبض متضاعف (reduplicated) معلوم ہوتی ہے، جو نام نہاد "دو ضربتیں"

لے۔ یہ ارتسامات مادی کے نبض نگار سے لئے گئے تھے۔ ایک لہر اور سرچ جزو صاعد ہیچہ کی طرف اسوجہ سے خمیدہ ہے کہ سوئی ایک لمبے بریم کے سرے پر لگی ہوئی ہے، جو ایک ایسے نصاب (fulcrum) پر کام کرتا ہے، جس کا محور کاغذ کی حرکت کے خط سے عرضی رُخ میں ہے۔

("dicrotic") نبض ہے۔ یہ ایک موج کے باعث ہے، جو مدد اور علی مصراعوں سے اور اور علی کی دیواروں سے معکوس ہوتی ہے۔ اس سے عین پہلے ایک نشیب ہوتا ہے، جس کا نام ضرب بتیلنی کٹاؤ (dicrotic notch) ہے، جو بتیلنی انکماش (ventricular systole) سے متناظر ہوتا ہے، اور اور علی مصراعوں کی مدد کی گماندہ ہے۔ اس طرح، موج القراع (percussion wave) کے باز اور ضربتی کٹاؤ (dicrotic notch) کے پیندے کے درمیان کا فاصلہ، انکماش اور صدمہ (systolic period) کہلاتا ہے۔ جب ضرب بتیلنی کٹاؤ قاعدی خط تک پہنچ جاتا ہے (شکل ۱۲ الف) تو نبض کامل ضرب بتیلنی (fully dicrotic) کہلاتی ہے بعض اوقات

وہ قاعدی خط سے نیچے واقع ہوتا

ہے، اور پھر نبض بلیتس ضرب بتیلنی

(hyperdicrotic) کہلاتی ہے

(شکل ۱۲ ب)۔ اس صورت میں

دوسری ضرب کی موج القراع

ضرب بتیلنی موج کے تمام تر گزر جانے

سے پہلے آتی معلوم ہوتی ہے

اور مکن ہے کہ فی الحقیقت یہ واقعہ

ضربات کی بڑھی ہوئی سرعت کے

باعث ہو۔ ضرب بتیلنیت

(dicrotism) نبض لپٹ (soft pulse) یعنی کم تناؤ والی نبض میں بہترین نمایاں

ہوتی ہے، جبکہ ثریائی دیوار طائم ہوتی ہے۔ وہ عرق حرکتی شکل (vaso-motor

paralysis) کا ایک عام نتیجہ ہوتی ہے، جیسا کہ طویل المددت حموی امابتوں میں

دیکھا جاتا ہے (شکل ۱۲) اور آٹل نائٹرائٹ (amyl nitrite) کے استعمال سے

فی الفور پیدا کی جاسکتی ہے۔ وہ ان حالتوں سے کم یا آٹل ہو جاتی ہے جو نبض صلب

(hard pulse) یعنی بلند تناؤ والی نبض پیدا کر دیں، جیسے کہ مرض براٹھ۔ نیز وہ

اور علی بازروی (aortic regurgitation) سے، جو ایسی حالت ہے کہ جس میں

شکل ۱۲ الف۔ حاد مرض براٹھ۔ دباؤ ۴۰/۲۰ - ب۔

حاد مرض براٹھ، ۵ ہفتے کی مدت۔ دباؤ ۴۰/۲۰ - ب۔

ج۔ مزمن مرض براٹھ۔ دباؤ ۶۰/۲۰ - ب۔

موج کا اندھا س نامکمل طور پر واقع ہوتا ہے، کم یا زائد اہل ہو جاتی ہے۔  
 موج القریع اور ضربتینی موج کے درمیان، یعنی اُورٹلی کٹاؤ سے پہلے۔  
 اور اس واسطے بطین کے عرصہ انکماش سے متناظر، اکثر ایک موج ہوتی ہے۔ جو  
 خون کے اُس باہر کی طرف جانے والے بہاؤ سے منسوب کی جاتی ہے، جو موج القریع  
 کے بعد ہوتا ہے۔ اُسے جزری موج (tidal wave) یا موج قبل الضربینین  
 (predicratic wave) کہتے ہیں (شکل ۱۳ الف ب شکل ۱۴ الف ب) وہ مکتب  
 نبضوں میں بہترین دیکھی جاتی ہے (شکل ۱۵) یعنی بلند تر یا نیچے کی حالتوں میں  
 جبکہ یہ گمان ہو سکتا ہے کہ خون کے تموجات غیر معمولی طور پر عمل کے ساتھ منتقل ہونگے۔  
 بعض اوقات جزری موج اتنی اچھی نمایاں ہوتی ہے کہ نبض متضاعف معلوم ہوتی ہے،  
 جسے ضربتینی نبض سے (جس میں تضاعف مبالغہ آمیز ضربتینی موج کی وجہ سے ہوتا ہے)  
 امتیاز کرنے کے لئے، نام نہاد طور پر دو ضربی نبض (pulsus bisferiens) کہتے  
 ہیں۔ اس کے برعکس نہایت تین نبضوں میں جزری موج، موج القریع میں غائب  
 ہو جاتی ہے (شکل ۱۴ الف اور ب)۔ وہ نبض جس میں جزری موج، موج القریع کی نسبت  
 زیادہ بلند صعود کرتی ہے، شہموتی (anacrotic) کہلاتی ہے، کیونکہ اُس میں موج القریع  
 صعودی جزو (ascending limb) میں ایک ارتفاع بنادیتی ہے، جو قاعدے  
 اور بلند ترین نقطہ کے درمیان ہوتا ہے۔

کبھی کبھی موج القریع کے بعد ایک یا دو خفیف سے تموجات دیکھے جاتے  
 ہیں (شکل ۱۵ الف ۵)۔ یہ صرف بلند تناؤ والی نبضوں کے ارتسامات میں واقع  
 ہوتے ہیں۔

**ضغط النبض پیمیا (sphygmomanometer)۔** بالائی بازو کے گرد  
 ربر کی ایک چوڑی چمچی تھیلی لپیٹ دی جاتی ہے، جو کسی غیر وسعت پذیر مادہ سے ڈھکی  
 ہوئی ہوتی ہے، اور جس میں ایک الحاقی ربر کی ٹی کی راہ سے ایک ربر کے گولے اور  
 مصراع کے ذریعہ ہوا زور سے بھری جاسکتی ہے۔ اس تھیلی سے نکلنے والی ایک سری نیلی  
 ایک ضغط پیمیا (manometer) سے جوڑ دی جاتی ہے، اور ربر کی تھیلی کے اندر کا  
 ضغط سیما بی ٹی میٹروں میں ناپا جاتا ہے۔ بازو بند کے اندر ہوا پمپ کی جاتی ہے



یہاں تک کہ اُس کا دباؤ کلائی کی نبض کو روکنے کے لئے کافی سے زائد ہو جائے۔ پھر ہوا کو بند رتج باہر نکلنے دیا جاتا ہے، یہاں تک کہ دباؤ گھٹ کر ایک ایسے نقطہ پر آجائے کہ جہاں نبض ذرا ہی محسوس ہوتی ہو۔ پیمانہ (scale) پر کا وہ عدد جہاں پارہ اس وقت خیر ہوا ہے، انکماشِی ضغط (systolic pressure) کا نمائندہ ہے، جس کی تعیین بذریعہ جس (palpation) ہوئی ہے۔

۲۲۹ اوسط انبساطی ضغط (diastolic pressure) کی بہترین پیمائش استماع (auscultation) کے ذریعہ سے ہوتی ہے۔ مسماع الصدرا یا مسماع السوسوت (phonendoscope) کہنی کے خم کے مقام پر عضوی شریان کے اوپر لگائی جاتی ہے اگر نبض کو ضغط کے ذریعہ بالکل مطمئن کر دیا جائے اور پھر اس دباؤ کو بند رتج گھٹا با جائے تو آواز کی چار ہیئتیں (phases) علی الترتیب سنائی دیتی ہیں۔ پہلی ہیئت ایک دھیمی سی ٹپک (faint throb) ہے، جو ابتداءً ایسے دباؤ (استماع کے ذریعہ دریافت کردہ انکماشِی ضغط) پر مشاہدہ میں آتی ہے جو جس سے دریافت کردہ اعظم انکماشِی ضغط سے چند ملی میٹر زائد ہوتا ہے۔ یہ ایک بلند مختصری فریس تبدیل ہو جاتی ہے، جو دوسری ہیئت ہے۔ اور بھی کم دباؤ پر یہ فریس متغیر ہو کر ایک بلند ٹپک (loud throb) بن جاتی ہے۔ یہ تیسری ہیئت ہے۔ پھر یہ یکایک بدل کر ایک نرم ٹپک (soft throb) بن جاتی ہے۔ یہ چوتھی ہیئت ہے۔ اوسط انبساطی ضغط (mean diastolic pressure) وہ دباؤ ہے جو تیسری ہیئت کے چوتھی ہیئت میں تبدیل ہونے کے ساتھ متناظر ہوتا ہے۔

کل گور (Kilgore) نے سولہ اور چھتیس سال کے درمیان عمر کے اشخاص پر ایک وسیع سلسلہ مشاہدات کیا ہے۔ اوسط انکماشِی ضغط ۱۲۰ ملی میٹر تھا، لیکن اس کے ادھر اور ادھر ایک وسیع جولا (range) پائی گئی، اور ۲ فیصدی مثالوں میں ضغط ۹۵ ملی میٹر سے نیچے، اور ۱۴۰ ملی میٹر سے اوپر پایا گیا۔ انبساطی ضغط کی پیمائش نے استماعی طریقہ سے ۱۸۰ ملی میٹر کی اوسط قدر (mean value) ظاہر کی، لیکن بہت سے مقروآت (readings) ۷۰ اور ۹۰ ملی میٹر کے تھے۔ ۱۰۰ سے کم کے دُموی ضغط میں یہ ضروری نہیں ہے کہ کامل صحت موجود نہ ہو، اور موضوعات تلیل الوزن

ہونے کا رجحان رکھتے ہیں (67) - یہاں یہ کہہ دینا بھی قرین انصاف ہے کہ ضبط النفس ہیما کے متعلق اہم اضافات پیش کئے گئے ہیں کہ یہ بہت بلند نتائج ظاہر کرتا ہے (3)۔

## استماعِ شریانیں

اگر سہاتی اور زیر تر قوی شریان کا استماع سماعِ الصدر سے بلا ضبط کیا جائے تو عموماً دو آوازیں (sounds) سنائی دیتی ہیں، یعنی ایک انکماش (systolic sound) جو سوزی کے پھیلاؤ (expansion) کی وجہ سے ہوتی ہے، اور دوسری انبساطی آواز (diastolic sound) جو ایصال شدہ (conducted) اور طبی دوسری آواز ہوتی ہے۔ بعض اوقات ان میں سے پہلی آواز نہیں موجود ہوتی۔ شکمی اور طبی اور فحشی شریان پر بھی ایک انکماش آواز متذکرہ بالا آواز جیسی سنائی دیتی ہے۔ دوسرے ترائین میں بالعموم جب تک کہ سماعِ الصدر سے دباؤ نہ لگایا جائے کچھ بھی سنائی نہیں دیتا۔ جب جسم کے کسی حصے یا جوارح میں کسی شریان کا نام کی اتساع (saccular dilatation) یا انورسما واقع ہو جاتا ہے تو اکثر اوقات ایک انکماش خسیر (systolic murmur) سنائی دیتی ہے، اور اس کو منجھدار اور بھنوروں (fluid vein and eddies) سے منسوب کیا جاتا ہے جو خون کے دہنہ شریان سے ٹھکر ایک عریض تر فضاء، یعنی تاجہ انورسمائی میں، جانے سے پیدا ہو جاتے ہیں۔ چونکہ انورسما اکثر اورطی کے قاعدہ اور دیوار کے تعلق میں بن جاتے ہیں، جو قلب کی قریبی مجاورت (close proximity) میں ہوتے ہیں، لہذا ممکن ہے کہ وہ پیش قلبی (præcordial area) میں خیرات پیدا کر دیں، جو ان خیرات سے، جو قلب کے دہنوں میں پیدا ہو جاتے ہیں، بمشکل شناخت ہو سکتے ہیں۔

## نبض وریدی

(venous pulse)

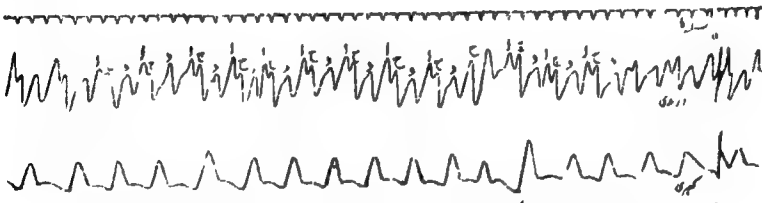
جسم کی بڑی وریدوں میں کسی قدر نبضان ہونا ایک طبعی (normal)

منظر ہے، اور بعض بالکل تندرست دورانِ خون والے اشخاص کی بیرونی اور اندرونی دونوں وداجی وریدوں میں ایک تموجی (undulating) یا تابض (pulsatile) حرکت دیکھی جاسکتی ہے۔ لیکن عموماً یہ منقود ہوتی ہے یا نمایاں نہیں ہوتی۔ مادہ معائنہ سے نبض کُعبی (radial pulse) کے حرکات کے ساتھ ان حرکات کا ایک تعلق شناخت کر لینا اکثر مشکل ہوتا ہے۔ بیرونی وداجی ورید ترقوی ہڈی سے سین اور دیکھی جاسکتی ہے اور اُس کے حرکات شریانی حرکات سے اس خصوص میں اختلاف رکھتے ہیں کہ اُن کا پھیلاؤ (expansion) کم درجہ کا ہوتا ہے اور اُن کا ہبوط (collapse) نسبتاً زیادہ ناگہانی اور کُعبی شریان کے ارتفاعات (rises) کے ساتھ تقریباً متناظر ہوتا ہے۔

اندرونی وداجی ورید گردن کے اطراف پر جب اس کے زاویہ اور قصبی طبعی عضل کے درمیان ایک بڑی تموجی حرکت پیدا کر دیتی ہے، جس کا ارتفاع نسبت اور آثار نسبتاً زیادہ سریع ہوتا ہے۔ اس حرکت کو سبائی شریان کے نبضان سے خلط ملط نہیں کر دینا چاہئے۔

وداجی نبض پر ایک طنبور لگا کر اُس کے ذریعہ سے ترسیات لیکر اور زیادہ صحیح معلومات حاصل کئے جاسکتے ہیں۔ طنبور کے حرکات ایک سونی میں منتقل ہو جاتے ہیں، جو یا تو ایک طبل پر یا مضط النبض پیمائے کے وسیلے کاغذ (smoked paper) پر ترسیم کرتی ہے اور یہ ترسیم ایک کُعبی ترسیم (radial tracing) کے متوازی ہوتی ہے، جیسے کہ میکسنزی کے کشیدہ نگار (polygraph) میں۔ وداجی نبض کے حامل کرنے کا بہترین طریقہ یہ ہے کہ اس آلہ کے اُتھلے پیالہ کو وداجی بصل (jugular bulb) کے اوپر رکھ دیا جائے، یعنی ترقوی ہڈی کے قصبی سرے سے قدرے اوپر اور ایک انچ باہر کو، بہتر ہے کہ دائیں جانب کو۔ اُسی جانب کے قصبی طبعی عضل کے ریشے مرنخی (relaxed) کئے جاتے ہیں۔ عموماً جو ترسیم حاصل ہوتی ہے اُس میں تین موہیں مثبت امواج (ظاہر ہوتی ہیں، جن کے درمیان بلاشبہ، نشیب (منفی امواج) بھی شامل ہوتے ہیں۔ پہلی مثبت موج (شکل ۱۶، ۱۷) کُعبی ترسیم (radial tracing) کے اچھا شای زماں سے عین پہلے واقع ہوتی ہے اور اُس کا دائیں اُذین کے انقباض کی وجہ سے ہونا سب کے نزدیک مسئلہ ہے۔ حیوانی تجربہ سے ظاہر ہو گیا ہے کہ دوسری

ثبت موج (ج) اس وجہ سے ہوتی ہے کہ دائیں بطن کے انقباض کے دوران میں اُردنی بطنی صرغ (auricular-ventricular valve) (مثلثہ = tricuspid) دائیں اُذین کے اندر پروز کر آتا ہے۔ اس سے برعکس بہت سی انسانی ترسیلات میں وہ بلاشبہ بالخصوص سبائی شریان کے نبضہ کی وجہ سے ہوتی ہے۔ دونوں صورتوں میں وہ ایک بطنی انقباض کا نمائندہ تسلیم کی جاتی ہے۔ اور ۱ اور ۲ کے درمیان کا فاصلہ اُس وقت کا ناپ سمجھا جاتا ہے کہ جس میں عضلی انقباض کی موج کا ایصال اذین سے بطن تک ہوتا ہے۔ طبی افراد میں اُسکی مدت تقریباً ۱/۲ سیکنڈ (ثانیہ) ہوتی ہے۔ تیسری موج (و) غالباً اُس تصادم (shock) کی وجہ سے ہوتی ہے، جو ریوی مصراعات کے مسدود ہونے کے بعد پھر یکایک شش جانے (sudden stretching) سے پیدا ہو جاتا ہے، اور جو بطن، اُذین، اور وریدوں کی راہ



نسل ۱۶۔ ایک کنڈرنگاری منحنی (polygraphic curve) جو فعلیاتی وریدی نبس کی تین موجیں اوپر والی ترسیم میں ظاہر کرتا ہے، جو گردن کی وریدوں سے لی گئی ہے۔ نیچے والی ترسیم کعبی شریان سے لی ہوئی ہے۔ بطن کے ہر انکماش کے ساتھ دو موجیں، ج اور و ہیں۔ ہر دور میں ج سے پہلے اور لحاظ وقت ایک پیش انکماش (pre-systolic) 'موج' ۱، نظر آتی ہے، جو اُذنی انکماش کا نتیجہ ہوتی ہے (T. Lewis)۔

سے پیچھے کی طرف ایصال ہوتا ہے۔

وریدی نبس کی ایک اہم ترسیم وہ ہے جس میں موج ۱ غیر موجود ہوتی اور صرف ج اور و امواج واقع ہوتے ہیں (لاحظہ ہو شکل ۲۴ صفحہ ۲۴۳)۔ موج ۱ کی غیر موجودگی سے یہ متنتظ کیا جاتا ہے کہ اُذین طبعی طور پر مقبض ہیں جو باہر ہے اور اس واسطے مندرجہ امواج محض بطن سے ہیں۔ ب۔ ب۔ ب۔ اسی بنا پر ایسا تبسمی و راجی ترسیم کہ جس میں ج اور و امواج پہلی

وریدی نبض کی ایک اُذینی شکل (auricular form) کا نمائندہ قرار دیا جاتا ہے اور آخر میں جو ترکیب بیان کی گئی ہے وہ وریدی نبض کی بطینی شکل (ventricular form) یعنی اُذینی ریشکی انقباض (auricular fibrillation) کی نبض کا نمائندہ ہے۔ بعض اوقات عیصلی وریدوں (peripheral veins) بالخصوص مٹاں دست اور پشت پاکی وریدوں میں ایک مختلف قسم کا نبضان دیکھنے میں آتا ہے، جو تریانی موج کے عوقی شعریہ میں سے ہو کر وریدوں تک منتقل ہونے کی وجہ سے ہوتا ہے۔ یہ عوقی دیواروں کے انتہائی ارتخاء (relaxation) کی وجہ سے پیدا ہو جاتا ہے، جس کے ساتھ قلب کا فعل بھی بہت طاقتور یا ہیجان کے ساتھ ہو۔ مثلاً، عموماً اصابیوں میں، موسم گرما کی گرمی میں، یا پیٹ بھر کھانے (full meal) کے بعد۔

## استماع اُوردہ

اگر استماع الصدر کو نہایت عذیم الدم (anæmic) اشخاص میں، اور تند رست بچوں میں، وداجی ورید کے حصہ زیریں پر، اُس نقطہ پر رکھا جائے کہ جہاں قسمی علمی عضلہ کی قسمی چسپیدگیاں (sternal attachments) اُس کی ترقوی چسپیدگیوں (clavicular attachments) سے جدا ہوتی ہیں، تو ایک مسلسل جھنجھناہٹ دار (humming) یا ریلنے کی آواز (rushing noise) سنائی دیگی، جسے وریدی غنا (venous hum) یا حرو و خندا رونی (bruit de diable) کہتے ہیں (ڈایابل "diable" ایک فرانسیسی کھلونا کا نام ہے، جس سے ایسی ہی آواز نکلتی ہے)۔ یہ تحریر (murmur) امتصابی وضع میں بہترین سنائی دیتی ہے، اُس وقت جبکہ منہ اُس جانب سے جس کا امتحان کیا جا رہا ہے، دوسری طرف پھرا ہوا ہو۔

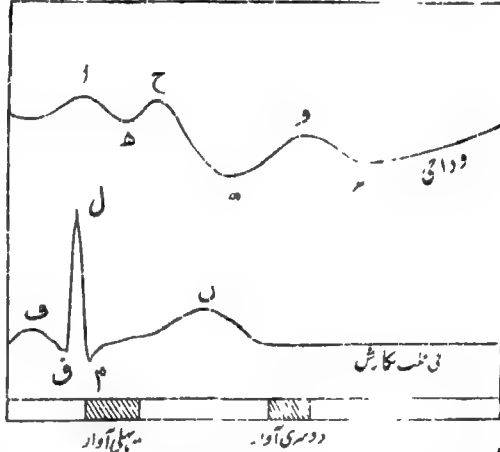
## فعل قلب کی غیر طبعی حالتیں

(ABNORMALITIES OF CARDIAC ACTION)

فد قلب کے طبعی میکانیہ پر پچھ غور ہو چکا ہے۔ یہ دریافت کرنے کے لئے کہ

اس میکانیہ میں کوئی غیر طبیعی حالت موجود ہے یا نہیں، اور اگر ہے تو وہ کیا ہے، طب میں عموماً دو مختلف طریقے مستعمل ہیں۔ اُن کی خاص منفعت یہ ہے کہ وہ اُذینی اور بُطینی دونوں قسم کے انقباضات ظاہر کر دیتے ہیں۔

پہلے طریقہ میں ایک کثیر نگار (polygraph) کے ذریعہ سے دواجی نبض اور ایک تریانی نبض، جیسے کہ کُجری، دونوں بیک وقت لی جاتی ہیں اور پھر اُن کا باہم مقابلہ کیا جاتا ہے۔ حاصل شدہ ترسیات اُذینی انقباضات کی موجودگی یا غیر موجودگی، اور بُطینی انقباضات کے ساتھ اُن کا تعلق، اور اُن دونوں اقسام کے درمیان حامل ہونے والے وقت کی لمبائی ظاہر کرتے ہیں، اور اگر یہ وقت ۱/۳ سیکنڈ سے زائد ہو تو جزئی قلبی مسدودی (partial heart-block) موجود ہے۔



دوسرا طریقہ بذریعہ ایک برقی قلب نگار (electro-cardiograph) کے ہے، یہ ایک حساس مقناطیسی برقی پیمائش (galvanometer) ہوتا ہے جو ہر ضرب کے ساتھ قلب سے پیدا ہونے والی برقی ردوں کا اندراج

کرتا ہے۔ اس آلہ میں نگار (quartz) کا ایک باریک چاندی جڑا سا ہوا ریشہ ایک طاقتور برقی مقناطیس (electro-magnet) کے قطبین کے درمیان معلق ہوتا ہے۔ اس ریشہ کا ہر ہر امیض کے بجائے دو ریشوں سے تین طریقوں سے جوڑ دیا جاتا ہے، جن کو تقوید (leads) کہتے ہیں۔ پہلی یا عرضی تقوید میں دونوں ہاتھ آلہ سے جڑے ہوئے ہوتے ہیں۔ دوسری یا موڑی تقوید میں داہنا ہاتھ اور بائیں پاؤں استعمال کئے جاتے ہیں۔ تیسری، یا چپ جانبی (left lateral) تقوید میں بائیں ہاتھ اور بائیں پاؤں استعمال کئے جاتے ہیں۔ قلب سے پیدا ہونے والی برقی ردوں میں ان تقویدوں کے ذریعہ مقناطیسی برقی پیمائش ملتی جاتی ہیں۔

شکل ۱۰۔ دواجی ورید اور برقی قلب نگاری ترسیم کا خاکہ اور ایک ضرب قلب سے متناظر اصوات قلب۔

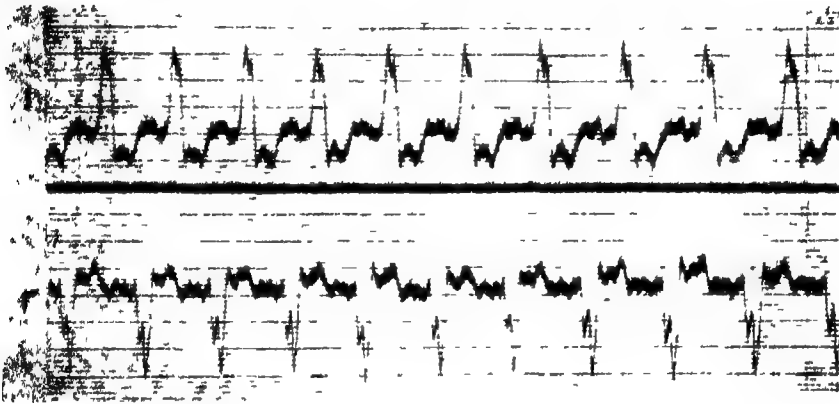
گہر کا ریشہ حرکت کرتا ہے اور اُس کی جولت (excursion) ایک دوہرے ذریعہ سے تکبیر حاصل کر کے ایک میٹنگار صفحہ یا ایک کاغذ پر تحلیل (projection) ہوتی ہے۔ نتیجہ ایک برقی قلب نگارش (electro-cardiogram) ہوتی ہے۔ ایک منہ ب قلب سے متاثر ترین کاغذ شکل، میں دکھلایا گیا ہے۔ وواجی ترسیم میں دکھلائی گئی ہے، اور اصوات قلب کی تقریبی جائے وقوع بھی۔ برقی قلب نگارش میں ایک موج ایسی ہے جو اذینی انقباض سے متاثر اور اُس سے کیتدر پہلے واقع ہوتی ہے اور اُسے عموماً حرف ن (P) سے ظاہر کیا جاتا ہے۔ اس کے بعد ایک نشیب ق (Q)، ایک نوکدار ارتفاع ل (R)، ایک ناگہانی نشیب م (S) اور ایک تدریجی ارتفاع ن (T) ہوتا ہے۔ ق ل م ن (QRST) کی پیچیدہ شکل بطنی انقباض سے متاثر ہوتی ہے اور اُس کے میں سامنے شروع ہوتی ہے۔ جیسا کہ وواجی نبض (jugular pulse) کی حالت میں ہوتا ہے، ایک برقی قلب نگارش اُن تعلقات کو ظاہر کرتی ہے جو اذینی انقباضات بطنی انقباضات کے ساتھ رکھتے ہیں، نیز اُس عرصہ وقت کو جو ان کے درمیان حاصل ہوتا ہے یعنی ف۔ ل (P-R) فاصلہ لیکن علاوہ ازیں اس بطنی علامتیہ (ventricular complex) کی شکل سے بعض استنباط بھی کئے جاسکتے ہیں۔ اس میں اُس وقت ترمیم پائی جاتی ہے جسکے اذینی بطنی منڈل کی بعض شاخیں سدود (blocked) ہو جائیں (branch-bundle block) (لاحظہ ہو شکل ۱۸)۔ یہ جب ایک بطنی انقباض اذینی بطنی گڑ (auriculo ventricular node) سے حسب طریقہ معمولی منڈل سے نیچے آنے کے بجائے قلب میں کسی غیر معمولی جگہ سے پیدا ہونے لگے۔ (نیز لائحہ ہو قلب کی بیش پروتری (hypertrophy of the heart)۔ پھر تقوید ۱ اور ۲ میں ن (T) موج کا متوازاں کاس (inversion) جس سے موج بجائے ایک نشیب مدہ ہو جائے تاہم یہ ۳ میں گہرا نشیب مدہ کے حال میں ظاہر ہوا ہو، اور طبی معرے میں ڈیجٹالس کے اثر (digitalisation) کی فیرو ہوگی میں مسئلہ قلب کا مرض (myocardial disease) ظاہر کرتا ہے (۴)۔ قدرتی طور پر دونوں طریقوں میں ایک معیج وقت شمار (time-marker) استعمال کیا جاتا ہے، تاکہ مختلف معقول کے صحیح زمانی تعلقات ظاہر ہو جائیں۔

کثیر نگاری طریقہ کے فوائد یہ ہیں کہ اس میں آلات قابل نقل و حمل اور سادہ ہوتے ہیں۔ اس کے برعکس یہ ہے کہ بعض اوقات کسی ترسیم کا حاصل کرنا اگر نامکن نہیں تو

نہایت مشکل ضرور ہو جاتا ہے، اور گونٹاچ تمام عملی اغراض کے لئے عموماً کافی ہوتے ہیں تاہم ان سے وہ تفصیلات نہیں حاصل ہوتے جو برقی طریقے سے حاصل ہو سکتے ہیں۔ برقی قلب نگاری طریقہ میں یہ قباحت ہوتی ہے کہ اس میں آلات پیچیدہ نوعیت کے ہوتے ہیں۔ اس کے برعکس یہ ہے کہ جب وہ تشنی بخش طور پر کام کرتے ہیں تو نتائج ہمیشہ نہایت آسانی کے ساتھ حاصل ہو سکتے ہیں اور مریض کو کوئی تکلیف نہیں ہوتی، بلکہ ضرورت ہو تو وہ کسی دوسرے مکان میں بستر پر لیٹا رہ سکتا ہے۔

232

یہ خیال نہیں کر لینا چاہئے کہ یہ وقت طلب طریقہ اب قلب کی معمولی بقیاعدگیوں



شکل ۱۰۔ بائیں بنڈل کی شاخوں کی مسدودی۔ ق۔ل م (QRS) وقفہ پوڑا ہے، اور ل اور م کٹاؤ دار ہیں۔ اس قسم کی ترسیم با اوقات اورطی مرض یا مرض عضلہ قلب کے ہمراہ ملتی ہے۔ (برقی قلب نگار شیں جے۔ ایم۔ ایچ کیسبل کی لی ہوئی ہیں)۔

کی تشخیص کے لئے ناگزیر ہیں۔ ان کی وساطت سے تحقیقات کرنے کا یہ نتیجہ ہے کہ اب غالب مثالوں میں ان حالتوں کو محض استماع اور نبض سے اور نبض نگار ش (sphygmogram) کی مدد سے تشخیص کر لینا ممکن ہوتا ہے۔



## جونی بیقاعدگی

(sinus irregularity)

یہ حالت بچوں میں عام ہے۔ دورانِ شہیق میں ضرباتِ قلب زیادہ کثیر اور قوی ہو جاتے ہیں، اور دورانِ زفیر میں اور زفیر کے اختتام پر یہ شرح پھر کم ہو جاتی ہے۔ بوقتِ قلب نگاری امتحان نے ظاہر کر دیا ہے کہ یہ ضربات ہمیشہ کامل طور پر طبعی (normal) ہوتے ہیں، اور یہ کہ قلب کی شرح کا تغیر، اس شرح میں تغیر ہو جانے سے ہوتا ہے جس سے جونی اُذینی گروہ (sino-auricular node) اپنے صدمات (impulses) باہر بھیجتی ہے، اور یہ آخر الذکر شرح عصبِ تانیہ کے عمل (vagal action) سے متاثر ہوتی ہے۔ عصبِ تانیہ (vagus) کی تنش (tone) دورانِ شہیق میں کم ہو جاتی ہے۔ اس نفسی بیقاعدگی کو میکینزی (Mackenzie) نے "نومری کی بیقاعدگی" (youthful irregularity) کے نام سے موسوم کیا ہے، اور یہ ایک بالکل طبعی چیز ہے۔ بعض اوقات یہی منظر بالغوں میں پر سکون تنفس (quiet respiration) کے دوران میں شاید سے میں آتا ہے۔ جب تنفس گہرا ہو تو یہ عملی طور پر ہمیشہ دیکھا جاتا ہے۔ بعض اوقات شرح میں ایسا ہی تغیر اس طرح بھی ہوتا ہے کہ اُنکے ساتھ سانس کا کوئی تعلق نہیں ہوتا۔ جب شرح قلب بڑھی ہوئی ہو، جیسی کہ ورزش کے وقت ہوتی ہے، تو جونی عدم توازن (sinus arrhythmia) موقوف ہو جاتا ہے۔ اُس کی اہمیت صرف اتنی ہی ہے کہ وہ دوسری قسموں کی بے قاعدگیوں کے ساتھ غلط ملط ہو سکتا ہے۔ جب وہ شناخت میں آجائے تو اسے ایک طبعی شے سمجھنا چاہئے اور کسی علاجی تدبیر کے آڑے نہ لگنا ضرورت نہیں۔

## قلبی سدودی اور ایڈمز سٹوکس کا علامیہ

(heart block and Adams-Stokes syndrome)

قلبی سدودی (heart block) کی وجہ اُذینی بطین گروہ (auriculo-ventricular node) کی شائع کی یا اُس کی شائع میں سے کسی شائع کی قوت نہ ہونے یا اتصال میں کمی آجانا ہے۔ وہ حادثہ اس ساریہ بالخصوص روماتزم میں نیز

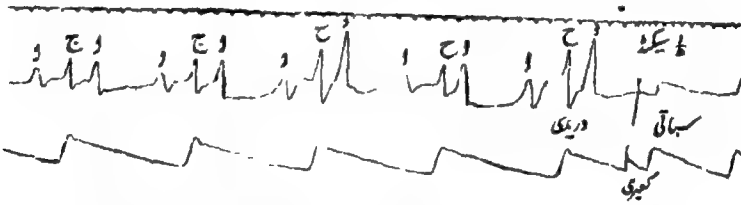
ڈیجٹالس (digitalis) کے ذریعہ علاج کرنے کے بعد واقع ہوتی ہے۔ ان مثالوں میں وہ عارضی ہوتی ہے۔ قلبی سدودی کی ایک مستقل حالت اُن قلبیات میں واقع ہو جاتی ہے جو روماتزم یا آتشک سے متعل طور پر نقصان رسیدہ ہو چکے ہوں، اور اُن بوڑھے لوگوں میں جنہیں عضلہ قلب کا انحطاط (myocardial degeneration) ہو۔ وہ اور ملی مصرع کے ساتھ متلازم ہونے کا رجحان رکھتی ہے۔ ممکن ہے دو فلتی ہو۔

پہلی چیز جو واقع ہوتی ہے ف۔ ل (P-R) فاصلہ کا خفیف طور پر بڑھ جانا ہے (طبعی حالت میں ۰.۱۲ - ۰.۱۸ سیکنڈ یا ثانیہ کے برابر ہوتا ہے)۔ ج۔ ج فاصلہ ۰.۰۸ سیکنڈ سے زائد ہوتا ہے۔ یہ صرف کبھی اتفاق ہی سے سریریاتی امتحان سے شناخت میں آتا ہے لیکن بعض حالات کے تحت اس کی شناخت ہو سکتی ہے۔ طبعی حالات کے تحت سماع الصدر سے اُذینی انقباض نہیں سنا جاسکتا، جس کی وجہ غالباً یہ ہے کہ وہ بلعینی انقباض کے اس قدر قریب واقع ہوتا ہے کہ آخر الذکر کا شور اُسے ڈبا کر بالکل غیر محسوس بنادیتا ہے۔ لیکن جب ان دونوں کے درمیان کا فاصلہ نسبتاً زیادہ ہو جاتا ہے تو اُذین کی آواز جدا گانہ سنی جاسکتی ہے۔ ایسی حالتوں میں راس (apex) کو سننے وقت ممکن ہے کہ ایک دوہری پہلی آواز سنائی دے، یا جب اُذینی اور بطعینی ضربات کے درمیان کا فاصلہ اور بھی زیادہ ہو (یعنی جب اُذین انبساط کے آغاز میں، دوہری آواز کے بعد بہت جلد ہی ضرب لگاتا ہو) تو ایک دوہری دوہری آواز بھی اسی مقام پر سنائی دے سکتی ہے۔ یہ دونوں حالتیں معمولی (canter-rhythm) کی قسمیں ہیں۔ پھر، نو عمر بچوں میں کبھی کبھی پیشنگامی (presystolic) یا ابتدائی انبساطی غریبات (early diastolic murinurs) قلبی سدودی کو ظاہر کرتے ہیں، نہ کہ مطرائی ضیق (mitral stenosis) کو۔ غالباً قلبی سدودی سریری طور پر اُسے کہیں زیادہ موجود پائی جاتی ہے جتنا کہ عام طور پر خیال کیا جاتا ہے۔

قلبی سدودی کے اور زیادہ ترقی یافتہ درجہ میں ف۔ ل (P-R) فاصلہ اور بھی زیادہ طویل ہو جاتا ہے، اور کبھی کبھی سدودہ بطعین تک گزرنے میں ناکام رہتا ہے، جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ بطعینی ضربات بالکل غائب ہو جاتے ہیں۔ (ملاحظہ ہو صفحہ ۱۵)۔ یہ قلب کا استماع کرنے پر نہانت کیا جاسکتا ہے، جبکہ ایک طبعی نے کے درمیان ایک پورہ ضرب قلب بالکل غائب پائی جائے گی۔ نبض بھی قدرتی طور پر متوقف نوعیت

(intermittent character) ظاہر کرے گی۔ اس سے بھی زیادہ ترقی یافتہ اصابتوں میں ہیں وہ حالت مل سکتی ہے جیسے ۱-۲ یا ۱-۳۔ قلبی سدودی کہتے ہیں، جس میں اُذین کی صرف ہر دوسری یا تیسری ضرب ہی ایک طبیعی انقباض کی تحریک پیدا کر دینے میں کامیاب رہتی ہے۔

اب تک ہم نے صرف اُسی قلبی سدودی پر غور کیا ہے جس میں اُذین اور طبیعی انقباضات کے درمیان کا فاصلہ بڑھ جاتا ہے، یا جس میں بعض اُذین انقباضات مناظر طبیعی انقباضات کی تحریک نہیں پیدا کرتے۔ یہ سب جزئی قلبی سدودی کی حالتیں ہیں۔ کامل قلبی سدودی میں اُذین انقباضات میں کوئی انقباض بھی نہیں آتا۔ بالکل نہیں پہنچ سکتا۔ خوش قسمتی سے ان حالات کے تحت بطنیں اپنے آپ ضرب لگانا شروع کر دیتا ہے، لیکن اس کا اپنا حقیقی



شکل ۱۹- ایک ۱-۲ قلبی سدودی کی حالت سے لیا ہوا کثیر بھاری منحنی۔  
بالائی ترسیم کردن کی وریدوں سے ہے اور زیرین ترسیم ریڈیئل یعنی  
کُعبی ثریان سے۔ ہر کُعبی ضرب کے ساتھ ایک انکماش ارتقاع ج ہے۔  
منحنی میں باقاعدہ فاصلوں پر، نشان والی دوری اور موجیں بھی موجود  
ہیں جو اُذین انکماش کی وجہ سے واقع ہو گئی ہیں۔ اُذین بطن کی نسبت  
دو گونہ شرح سے منقبض ہوتا ہے۔ (بہ اتباع لیوس: Lewis) (مآب)۔

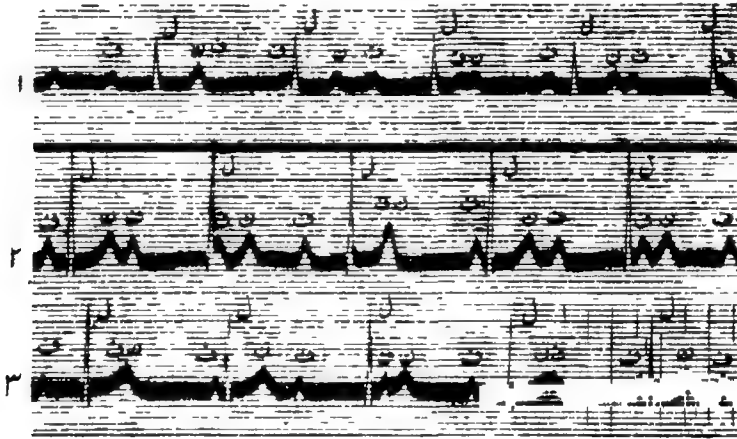
توازن نہایت مست، اور عموماً فی منٹ چالیس سے تیسچے ہوتا ہے۔ برقی قلب بھاری اُذین انقباضات کا ایک کامل طور پر باقاعدہ سلسلہ، اور طبیعی انقباضات کا ایک دوسرا باقاعدہ سلسلہ ظاہر کرتی ہے، لیکن یہ دونوں سلسلے ایک دوسرے سے بالکل مفترق ہوتے ہیں۔ لہذا ایسی حالت میں ایک فی منٹ چالیس سے کم والی منتظم نبض، کامل قلبی سدودی پر دلالت کرتی ہے، اگرچہ یہ بتلانا ضروری ہے کہ فی منٹ سینتیس تا چالیس کی شرح نبض والی حالتیں

ایسی بھی ملتی ہیں، جن میں توازن طبعی ہوتا ہے۔ لیکن ایک دوسری امارت بھی ہے، جسے ابتداً گیلن (Galabin) نے مشاہد میں بیان کیا، اور جو گائیز ہسپتال (Guy's Hospital) کی اسی سال کی رپورٹوں میں شائع کی گئی۔ یہ پہلی رائے تھی کہ انسان میں اذینی اور بطنی توازنات (rhythms) کا کامل افتراق (dissociation) ہو سکتا ہے۔ اس کے مریض میں تدریج نبض فی منٹ میں اور تپ کے درمیان تھی اور اس نے بذریعہ استماع اذینی انقباضات فی الحقیقت سُنے۔ وہ کہتا ہے کہ ”یہاں ہم ایک ایسا قلب پاتے ہیں کہ جس کا اذین، بطن کے انکماش سے ذرا ہی پہلے منقبض نہیں ہوتا بلکہ دو بطنی نبضات (auricular pulsations) کے درمیان وقفے میں کبھی دوبار، اور کبھی ایک طویل وقفے (pause) کے دوران میں ایک ہی بار منقبض ہوا۔ ایک اور امارت ہے جس کا انحصار اس واقعہ پر ہوتا ہے کہ اذینی ضرب سنی جاسکتی ہے، اور اس پر کہ وہ دوریہ میں مختلف نقطوں پر واقع ہوتی رہتی ہے۔ مثلاً ممکن ہے کہ کسی وقت ایک بظاہر متضاعف (reduplicated) دوسری آواز موجود ہو، دوسرے وقت ایک متضاعف پہلی آواز ملے، اور کسی اور وقت پہلی آواز اپنی شدت (intensity) میں بہت بڑھی ہوئی ہو، یعنی اُس وقت جبکہ اُذن اور بطن بیک وقت منقبض ہوں۔ اس آخری حالت میں ممکن ہے کہ گردن کی وریدوں میں ایک ناگہانی بڑی موج ہم زمان طور پر نظر آئے۔ یہ اس حقیقت کی وجہ سے ہے کہ اذینی انقباضات خون کو آگے دھکیل کر بطن کے اندر نہیں پہنچا سکتے اس وقت جبکہ وہ منقبض ہو رہا ہو۔ اسی واسطے اذین میں سے خون پیچھے کی طرف دھکیلے جانے کا رجحان رکھتا ہے۔

**ایڈمسٹوکس کا علامہ (Adams-Stokes syndrome)**۔

آر۔ ایڈمس (R. Adams) اور ایڈمسٹوکس (W. Stokes) نے مشاہد کیا کہ غیر معمولی طور پر سست نبض والے مریض غشیان (syncope)، بے ہوشی، یا تشنات کے حلوں میں مبتلا ہو سکتے ہیں۔ اسٹوکس نے تو یہاں تک مشاہدہ کیا کہ گردن کی وریدیں نبض کعبی (radial pulse) کی نسبت زیادہ تیزی کے ساتھ ضرب لگتا رہی ہیں۔ اور ان ابتدائی اصابتوں میں سے دو میں قلب کا شمعی انخطاط موجود تھا، جس میں ا۔ ب (A.V.) بنڈل جو اس وقت نامعلوم تھا، ماؤف ہوا ہو گا۔ اسپنس (Spens) نے ایسا ہی ایک مریض ۱۹۲۰ء میں دیکھا (Lea)۔

یہ حالت دماغی عدم دمویت (cerebral anaemia) کے باعث ہوتی ہے جو قلبی مسدودی کے سبب سے دوران خون کا ناگہانی فُشل (sudden failure) ہو جانے سے پیدا ہو جاتی ہے۔ اگرچہ قلبی مسدودی عام ہے، تاہم یہ علامتیں (syndrome) نادر وقوع ہے۔ یہ اُن بڑے لوگوں میں واقع ہوتا ہے جو قلبی مسدودی کے زیادہ شدید درجوں میں یا کامل مسدودی قلب میں مبتلا ہوتے ہیں۔ بطنیں دفعۃً نہایت سست رفتار سے ضرب لگانے لگتا ہے، کچھ عرصہ کے لئے بالکل رُک جاتا ہے۔ علامات کا انحصار اس مدت پر ہوتا ہے کہ جس تک دوران خون ناکافی رہتا ہے۔ ایک بڑے شخص کا مشاہدہ



شکل ۲۰۔ کامل قلبی مسدودی کی برقی قلب نگارش۔ اُذین اور بطنیں کے توازنات مفترق (dissociated) ہیں اور اب بطنیں اُذین کی جمعبیت نہیں ظاہر کرتا۔ بطنی انکماش ل (R) اور ل (T) غیر وضعیتیں پیدا کرتا ہے۔ اُذینی انکماشات ف (P) حرکات پیدا کر دیتے ہیں، جو ترسیم میں یکساں طور پر پھیلے ہوئے ہیں، اور بطنی حرکات سے کوئی مستقل تعلق نہیں رکھتے۔ اور وہ اُن کی نسبت تقریباً ڈگنے بارہ تھتے ہیں۔

(بہا مقابح رسیل ویلس. Russel Wells)

کیا گیا، جس میں ہر دو منٹ کے بعد چالیس سیکنڈ تک قلب کی کامل مسدودی ہو جاتی تھی۔ پناغہ اس امر کا کہ علامات ٹھیک کس طرح ترقی کرتے ہیں بار بار مشاہدہ کر لیا موقع تھا (5)۔

قلب کے بند ہو جانے پر فی الفور شوب (pallor) اور ساتھ ہی خفیف کبودی طاری ہوگئی۔ دویاتین سیکنڈ کے بعد اُس نے بولنا موقوف کر دیا اور ایک آہ (groan) کے ساتھ پیچھے چلا کر گر گیا۔ پانچ سے سات مینٹ کے اندر بے ہوشی طاری ہوگئی۔ پھر مختلف عضلات کے انقباضات اور جوارح کے غیر ارادی حرکات دیکھے گئے۔ سانس بتدریج زیادہ گہری اور زیادہ تشنجی (convulsive) ہوگئی، اور تنفس کے معین عضلات بھی کام کرنے لگے۔ تقریباً بیس سیکنڈ میں وہ چوالیس فی منٹ کی شرح سے اور نہایت گہری سانس لے رہا تھا۔ تنفس اُس لمپنے (panting) سے مشابہ تھا جو صرف سخت ترین عضلی محنت کے بعد دیکھا جاتا ہے۔ وہ کبود اور شامب پڑ گیا تھا۔ قرنیہ اور روشنی کے معکوسات (corneal and light reflexes) موقوف ہو گئے تھے۔ جب قلب پھر جاری ہوا تو پہلے دویاتین نہایت کے بعد چہرہ شروع سرخ رنگ سے تنہا اٹھا۔ پسینہ اور دمی افراز کثرت کے ساتھ ہوا اور لمحات (conjunctivae) متلی (congested) ہو گئے۔ پھر اُس کی شکل و ہیئت بہ سرعت از سر نو طبیعی حالت پر آگئی۔

انذار - قلبی سدودی کی اہمیت مختلف حالتوں پر منحصر ہوتی ہے۔ غلطی قلبی سدودی جو کہ ابتدائے عمر میں ابطاء نبض کا موجب ہوتی ہے اور جس کے ساتھ بااوقات خلطی مرض قلب ہوتا ہے اور جو ایڈم اسٹوکس کے حملے واقع کرتی ہے، بالعموم بچپن میں ہی موت واقع کر دیتی ہے۔ سب سے معمر ریض جس کا زندہ رہنا معلوم ہے، تینتیس سال کا ہے۔ اُن مارضی حالتوں میں، جو روماتزم جیسے ساری امراض کے ساتھ متلازم ہوتی ہیں، اس کے یہ معنے ہوتے ہیں کہ عضلہ قلب واضح طور پر ماؤف ہو گیا ہے، گونا گونا بٹھا یا بی واقع ہو جائیگی۔ اسی واسطے آرام اور احتیاط ضروری ہیں مستقل اصابتوں میں قلبی سدودی عموماً بذات خود ہلک نہیں ہوگی، گو وہ اس حد تک اہم ہوتی ہے کہ اُس سے بحیثیت مجموعی عضلہ قلب کی تندرستی (healthiness) کا پتہ چلتا ہے۔ اگر اُذنی بطبعی بندل میں کوئی ضرر موجود ہے تو ممکن ہے کہ عضلہ کے سارے طوں و عرض میں پھیلے ہوئے ضرات موجود ہوں، لہذا عضلہ قلب کے انحطاط کی شہادت تلاش کرنی چاہئے، اور ممکن ہے کہ یہی نفل قلب (heart-failure) کا سبب ہو۔ جب دورے ہوں تو انذار زیادہ تشویشناک ہو جاتا ہے، کیونکہ ممکن ہے کہ یہ دورے بجائے خود ہلک ہو جائیں۔

علاج - قلبی سدودی کی اصابتوں میں علاج قلب کی عام حالت کے لئے ہونا

چاہئے۔ اس خوف سے کہ مبادا ڈیجٹالس قلبی مسدودی کا درجہ اور بڑھا دیگا، اس کے استعمال سے اجتناب کرنے کی کوئی وجہ نہیں، بشرطیکہ وہ اذیا وغیرہ کے کم کرنے کے لئے دوسری طرح ضروری سمجھا جائے۔ بعض اشخاص، جنہیں قلبی مسدودی کی شکایت تھی، محنت و مشقت کی زندگی بسر کر سکے ہیں، لیکن بیشتر حالتوں میں محنت اور مشقت سے اجتناب کرنا چاہئے۔

دوروں کی حالت میں ایڈرینالین (adrenalin) (۱۰ یا ۱۵ قطرہوں کی مقدار دوں میں) کامیاب ثابت ہوا ہے، کیونکہ وہ بطنی شرح کو بڑھاتا اور قوت ایصال (conduction) کو زیادہ کر دیتا ہے (6)۔ آتروپین (atropine) ۱/۱۶ گرین جو اکثر اوقات دیا جاتا ہے، شاذ ہی کارگر ہوتا ہے۔ آنشکی امیبتوں (syphilitic cases) میں پارہ اور ایوڈائڈ کا استعمال کرنا نہایت اہم ہے۔ ایک مریض میں چند گھنٹوں تک آکسیجن سانس میں لینے سے مکمل مسدودی قلب قائم ہو کر ایڈم سٹوکس حملے موقوف ہو گئے۔ نیز بیریم کلورائیڈ (barium chloride) ۱/۴۔ اگرین دن میں تین مرتبہ، اور اس کے ساتھ ایفی ڈرین (ephidrine) ۱/۴ گرین دن میں تین مرتبہ، حملہ بند کرنے کے لئے کامیابی کے ساتھ دیا گیا۔

جونی اذینی مسدودی (sino-auricular block)۔ یہ ایک نادر وقوع

حالت ہے۔ یہ بعض اوقات ایک مادہ فی بخار کے دوران میں پیدا ہو جاتی ہے، اور دوسری حالتوں میں مسئلہ قلب کے مرض (myocardial disease) کے امارات موجود ہوتے ہیں۔ بعض نشت اور غیر منتظم ہوتی ہے، کیونکہ اذین، جونی اذینی گروہ کی تحریک کی باطل جمیبت ظاہر نہیں کرتا اور ایک ضرب قلب بالکل غائب ہو جاتی ہے۔ لیکن یہ ممکن ہے کہ ایسا متواتر کئی بار ہو جائے، اور قلب ایک وقت میں کئی سیکنڈ تک ضرب نہیں لگاتا۔ یہ حالت کثیر نگاری یا برقی قلب نگاری ترسیمات کے ذریعہ قلبی مسدودی سے متفرق کی جاسکتی ہے، کیونکہ اس میں اذین اور بطن دونوں کا تواتر کم ہو جاتا ہے۔ ایک مریض میں یہ حالت دوران ورزش میں دور ہو گئی، لیکن جب نبض نشت ہوئی تو پھر فوراً ہو گئی (7)۔

## پیش از وقت ضربات مستزاد انکماش

(premature beats; extra systoles)

قلبی بے قاعدگیوں کی یہ قسم سب سے زیادہ عام ہے۔ یہ عورتوں کی نسبت مردوں

میں زیادہ عام ہوتی ہے۔ غالباً ایسے بہت سے اشخاص میں جو ادیسٹر عمر یا بڑھاپے کی عمر تک پہنچتے ہیں، کسی نہ کسی وقت متزاد انکماشات ہوتے ہیں۔ معمولی مزاحمت کے دوران میں یہ ان لوگوں میں سب سے زیادہ عام پائے جاتے ہیں جو مرض قلب کے آثار ظاہر کرتے ہوں لیکن اکثر دوسرے اشخاص میں بھی نمودار ہو جاتے ہیں۔ یہ عموماً اُس وقت موقوف ہو جاتے ہیں جبکہ قلب تیز ہو جائے، جیسا کہ ورزش میں ہونا ہے، اور قلب کے پھرست پڑ جانے پر اکثر پھر پیدا ہو جاتے ہیں۔

پیش از وقت ضربات کی تکوین قلب کے بعض حصوں کی بیش سخریک پذیری (over-excitability) کے باعث ہوتی ہے، جو ٹھیک وقت سے پہلے ہی متزاد ضربات قلب شروع کر دیتے ہیں۔ اس پیش از وقت ضرب کے وقوع کے بعد ایک تعویضی وقفہ (compensatory pause) ہوتا ہے، یہاں تک کہ قلب اپنا طبعی توازن پھر اختیار کر لیتا ہے، مریض متناظر احساسات محسوس کرنا ہے۔ یہ پیش از وقت ضرب خود سینہ میں کبھی محسوس ہوتی ہے اور کبھی نہیں ہوتی۔ طویل وقفہ محسوس کیا جاتا ہے اور اکثر ایک بے چینی کا احساس پیدا کر دیتا ہے۔ یہ سینے میں ایک ناگہانی دھچکے (bump) یا دھکے (shock) کے ساتھ ختم ہوتا ہے اور قلب اپنا معمولی توازن پھر از سر نو حاصل کر لیتا ہے۔ یہ احساسات ان ہی قلبی احساسات میں سے ہیں جن کو انجا جاتے (palpitations) کہتے ہیں۔

236

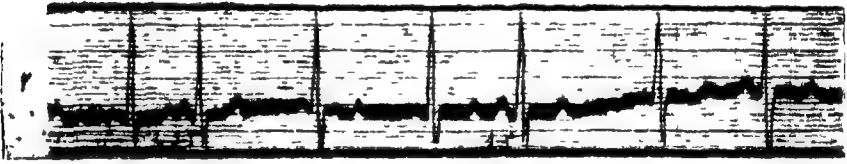
تحقیقات سے ظاہر ہو گیا ہے کہ یہ ضربات یا نوآدین میں یا ب گرو (A. V. node) کے مقام پر، یا بطن میں پیدا ہوتے ہیں، جس کی وجہ ان حصوں کی بیش سخریک پذیری (over-excitability) ہے۔ ممکن ہے یہ ضرب قلب کے ایصال کے طبعی راستہ کے ایک حصہ میں پیدا ہوں، اور ایسی ہی پیش رفتی قلب نگار (electrocardiograph) کے ذریعہ ایک طبعی ضرب سے تمیز نہیں کئے جاسکتے، الا اس امر میں کہ یہ اُس وقت سے پہلے واقع ہو جاتے ہیں جبکہ انھیں ہونا چاہئے اور اسی واسطے قلب کے توازن میں اختلال پیدا ہو جاتا ہے۔ ان ضربات کو ”مشابہ التکوین“ (homogenetic) یا ”متناظر المقام“ (homotopic) کہتے ہیں (ملاحظہ ہوں اشکال ۲۳-۲۵)۔ اس کے برعکس ممکن ہے یہ قلب کے ایک ایسے حصے سے ہوں جو طبعی راہ ایصال سے باہر ہو، اور اس صورت میں ان کو غیر مشابہ التکوین (heterogenetic) یا غیر متناظر المقام (heterotopic)





شکل ۲۲: شکل جو مستزاد اذینی انکماش ظاہر کرتی ہے۔  
 چونکہ اس بقیامدگی میں اذین حصہ لیتا ہے، لہذا  
 اس کے توازن میں خلل واقع ہو جاتا ہے۔ دوسری  
 ضرب اس سے کیقدر جلد ہی آتی ہے کہ صغنی شکل ۲۱  
 میں آتی ہے۔ یہ اس سے ظاہر ہوتا ہے کہ ج - ج  
 فاصلہ 'ا' - ب کے دو گنے سے کیقدر کم ہوتا ہے  
 (میدر اتباع لیوٹس)۔

شکل ۲۱: شکل جو مستزاد بطنی انکماش ظاہر کرتی ہے  
 اس واقعہ سے اذینی شرح میں خلل نہیں واقع ہوتا  
 اور نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ قلب کا اصلی توازن بعد میں  
 یہ واقع ہو جاتا ہے۔ یہ ب - ج فاصلہ 'ا' - ب  
 سے ٹھیک ڈگن ہونے سے ظاہر ہوتا ہے  
 (میدر اتباع لیوٹس - Lewis)۔



شکل ۲۳: دو متناظر المقام (homotopic) مستزاد اذینی انکماشات جن میں ف موجیں  
 اور ف - ل فاصلے طبعی ہیں، اور ضعیف سے توفیقی وقفے (compensatory pause)  
 ہیں۔ یہ خاکہ ایک بورڈ شے سے لیا گیا ہے جسکے فون کا دباؤ بند تھا طبعی ضرب کی ف موجیں کیقدر چھٹی تھیں۔

شکل ۲۴: دو متناظر المقام مستزاد انکماشات جو اذین میں نیچے پیدا ہوتے ہیں اور ایک فوجان محبت سے  
 لئے گئے ہیں جس میں مرض قلب کی کوئی شہادت نہ تھی مستزاد انکماش کی ف موج سرخس (inverted)  
 ہے، ف - ل فاصلہ طبعی ہے اور ایک مکمل طور پر توفیقی وقفہ (compensatory pause) موجود ہے۔

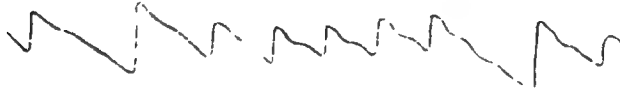
شکل ۲۵ - کرببی متراد انکماش (nodal systole) (مناظرہ المقام  
 = (homotopic) ' ایک بوڑھے آیتھرومائی (atheromatous) شخص سے  
 لیا ہوا معمولی سلسلہ کی ف موج (ف) پیش از وقت طبعی موج یا متراد انکماش  
 (م یک) کے بالکل بعد ہی نظر آتی ہے۔ ا ب د ق قلب نگار میں جے۔ ایم۔ ایچ  
 کیا مپیل (J. M. H. Campbell) کی لی ہوئی۔]

کہتے ہیں۔ اس صورت میں برقی قلب نگار پر کے منحنی کی شکل غیر طبعی ہوتی ہے (ملاحظہ ہوں شکل  
 ۲۸-۲۹)۔ اس میں شبہ نہیں کہ ان اختلافات کو محض استماع سے پہچان لینا ناممکن ہے۔  
 ایک کعبی ترسیم اس بات کے دریافت کرنے میں مدد ہو سکتی ہے کہ آیا یہ اپنے مبداء میں  
 اذینی ہیں یا طبعی، کیونکہ آخر الذکر حالت میں متراد انکماش کے ہر ایک جانب پر دو ضربات کے  
 درمیان فاصلہ طبعی فاصلہ کی نسبت دگنے کے برابر ہوگا لیکن اول الذکر حالت میں اس سے  
 نسبت کم ہوگا (ملاحظہ ہوں اشکال ۲۶ اور ۲۷)۔ بعض حالتوں میں یہ ضربات کثیر الوقوع  
 ہوتے ہیں۔ اگر ہمیں ایک سلسلہ ملے کہ اس میں طبعی اور پیش از وقت ضربات متبادل طور  
 واقع ہوں، تو اس حالت کو "نبض دو توامی (pulsus bigeminus)" کہتے ہیں، تاکہ  
 یہ "نبض متبادل" ("pulsus alternans") سے متمیز ہو سکے۔ ممکن ہے کہ ایک طبعی ضرب  
 کے بعد باقاعادگی کے ساتھ دو متراد انکماش واقع ہوں۔ ایسی صورت میں گھٹی کے  
 (triple rhythm) مشاہدہ میں آئیگی (نبض سہ توامی = pulsus trigeminus)۔  
 پیش از وقت ضربات نبض پر دو اثرات پیدا کر سکتے ہیں۔ ممکن ہے کہ مناظر  
 موج نبض چوٹی ہو اور اس کے بعد ایک تعویضی وقفہ ہو، یا ممکن ہے کہ ایک ضرب کی  
 بجائے نبض کا کلی توقف (intermission) واقع ہو جائے (اشکال ۲۶ اور ۲۷)۔  
 سے پیش از وقت ضربات آسانی پہچانے جاسکتے ہیں۔ اختلافات اس لحاظ سے واقع

ہوتے ہیں کہ قلب کی متراد ضرب قوی ہے یا ضعیف، یعنی آیا وہ اوپری معیاروں کو



شکل ۲۶ - ایک کٹری نبض کی ترسیم جو کہ (X) کے مقام پر ایک قبل از وقت ضرب ظاہر کرتی ہے، جو کہ غالباً بطنی ہے۔



شکل ۲۷ - متوقف کٹری نبض کی ترسیم، جبکہ قبل از وقت ضرب کلائی تک پہنچنے نہیں پاتی۔ غالباً یہ بطنی ہے۔

اٹھا کر کچھ خون باہر دھکیلنے کے لئے کافی ہے یا نہیں۔ اول الذکر حالت میں چار آوازوں کا ایک کردہ سنائی دیا، جو طبعی اصوات قلب کے ایک سلسلہ کے وسط میں ایک دوسرے سے

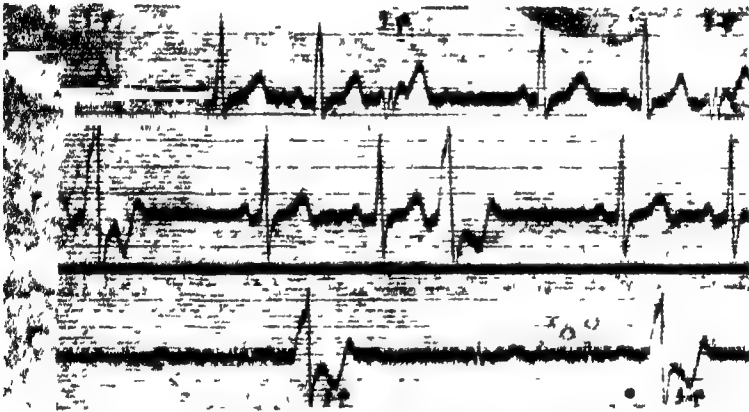


شکل ۲۸ - کثیر الوقوع مختلف المقام (heterotopic) متراد انکماشات (م۔ک) جو اس واقعہ سے ظاہر ہوتے ہیں کہ اس تقوید (lead) میں ل موج م موج کی نسبت بڑی ہے۔ یہ انکماشات ایک بڑے ایتیمہ وادیا شخص میں بائیں بطن کے اندر پیدا ہوئے (جے۔ ایم۔ ایچ کیا مبدیل)۔

قریب پائی جائیں گی۔ یہ چار آوازیں "لب" (lub) "ڈب" (dup) "ٹم" (tum) "ٹی" (ti) کے الفاظ (expressions) سے ادا کی جاسکتی ہیں۔ "لب ڈب" طبعی ضرب کی دو آوازوں کی نمائندگی کرتا ہے۔ اس گروہ کی تیسری آواز یعنی "ٹم" مستزاد بلطینی انقباض کی آواز کی اور "ٹی" اور ٹی مصراعوں کی سرودی کی قائم مقام ہے۔ جب مستزاد انقباض اتنا قوی نہ ہو کہ اور ٹی مصراعوں کو اٹھا سکے، وہاں اس گروہ کی چوتھی آواز یعنی "ٹی" ("ti") غیر موجود ہوتی ہے۔ ایسی صورت میں تین آوازوں کا ایک گروہ ایک ساتھ سنائی دے گا جسے "لب" "ڈب" "ٹم" کے الفاظ سے ظاہر کیا جاتا ہے۔

ایک نوعمر شخص میں مستزاد انقباضات، فاعلی التهاب قلب (active carditis)

236



شکل ۲۹ مختلف المقام (heterotopic) مستزاد انقباضات (م۔ ک۔ جنہوں نے امین بلطین سے پیدا ہو کر ام تقویدہ میں اور مل تقویدہ میں زیادہ واضح ہے) نبض سه قوامی (pulsus trigeminus) پیدا کر دی، ایک ایسی لڑکی میں جس میں مرض قلب کی کوئی شہادت نہ تھی (جے۔ ایم۔ ایچ۔ کیا امبیل)۔

کا ایما کرنے ہیں۔ لیکن بیشتر بالغوں میں وہ کوئی اندازی مفہوم نہیں رکھتے۔ تاہم دوری مرحلے (paroxysmal tachycardia) کی نسبت زیادہ خطرناک حالت ان سے کسی حد تک تعلق رکھتی ہے، اور اس حالت کے طاری ہوجانے کے امکان کو پیش نظر رکھنا چاہئے۔ اس کا زیادہ ثبوت نہیں موجود ہے کہ یہ اکثر واقع ہوتا ہے۔ جب مرض قلب والے شخصوں میں

متزاد انکماشات ہوں تو انداز کی تخمین میں ندرات کی نوعیت کا لحاظ رکھنا چاہئے اور متزاد انکماشات کی موجودگی انداز کو بدتر نہیں بنا سکتی۔ جب وہ بالکل تندرست اشخاص میں واقع ہوں تو مریض کو ان کی عدم اہمیت کے متعلق اطمینان دلانا چاہئے۔

عام طور پر یہ تعلیم دی جاتی ہے کہ کسی حالت میں بھی کوئی علاج خاص طور پر نہیں شروع کرنا چاہئے، اور نہ مریضوں کو بیروین خانہ کھیلوں سے، بلکہ فی الحقیقت کسی بھی ورزش سے جو وہ بصورت دیگر کر سکیں، محترز رہنے کا مشورہ دینا چاہئے۔ جب متزاد انکماشات صمغی مرض کے ساتھ متلازم ہوں تو ایسی تعلیم دینا گویا مناسب مد سے بہت تجاوز کرنا ہے۔ روماتزمی مبداء کے بلکہ اور طی اور مطانیض (mild aortic and mitral disease) والا ایک مریض جسے راقم الحروف جانتا ہے، مد سے زیادہ سخت عضلی محنت کیا کرتا تھا اور اسے اکثر اوقات متزاد انکماشات محسوس ہوا کرتے تھے اگرچہ ورزش سے اس کی سانس کبھی نہیں پھولتی تھی۔ بالآخر اس کو ذبحہ صدریہ (angina pectoris) ہو گیا۔ زیادہ آرام کی حالت کی زندگی دوبارہ اختیار کرنے پر اس نے محسوس کیا کہ متزاد انکماشات غائب ہو گئے۔ پہلے موقع پر ان کی موجودگی اس امر کی دلیل سمجھی جاسکتی تھی کہ ورزش مد سے بہت زیادہ تھی۔ اس کے برعکس راقم الحروف کو ایسے تندرست طلباء ملے ہیں جن میں کسی وجہ سے اپنی باقاعدہ ورزش موقوف کر دینے کے بعد متزاد انکماشات نمودار ہو گئے۔ ورزش پھر شروع کر دینے پر یہ متزاد انکماشات غائب ہو گئے۔

## قلب کا کثیر الوقوع فعل

### سرعت القلب

(tachycardia)

مختلف حالات میں قلب، اور اسی کے ساتھ نبض معمول کی نسبت زیادہ بار بار ضرب لگاتی ہے۔ محنت کرنے پر قلب کی سرعت طبعی قوت (normal frequency) کی نسبت دگنی سے زیادہ ہو جائے گی، لیکن محنت کی موقوفی کے ساتھ چند ہی منٹ میں نبض اپنی طبعی شرح پر پھر آ جاتی ہے۔ عصبی اثرات کے تحت بھی یہ شرح بڑھ جاتی ہے۔ جذبات کو

متاثر کرنے والے اسباب (emotional causes) کی وجہ سے فعل کی سرعت واقع ہونا کافی مشہور ہے۔ اور عصب تانیہ (vagus) کے شل سے بھی سرعت فعل پیدا ہو جاتی ہے، جیسی کہ بعض اوقات التهاب اعصاب متعددہ (multiple neuritis) میں دیکھا جاتا ہے۔ شاذ مثالوں میں افراد شرح قلب کو بالارادہ بڑھانے یا گھٹا دینے کی طاقت رکھتے ہیں۔ سرعت ضربات قلب کی ایک عام قسم، جس میں اکثر ایک جذباتی عامل (emotional factor) حصہ لیتا ہے، اختلاج کی ایک قسم ہے کہ جس کی شکایت اکثر ہوا کرتی ہے۔ حالت مرض میں نبض کے تواتر کی زیادتی کا ایک اہمیت عام سبب حموی تعامل (febrile reaction) ہوتا ہے۔ اور یہ تغیر ایک مذہک آن سمیت سے منسوب کیا جاسکتا ہے جو بخار پیدا کر دیتے ہیں، اگرچہ یہ یاد رکھنا چاہئے کہ تنہا بلا واسطہ حرارت جیسی کہ ایک گرم غسل یا گرم کی ہوئی ہوا میں محسوس ہوتی ہے، قلب کو تیز کر سکتی ہے۔ سرعت قلب (tachycardia) مرض گریوز (Grave's disease) کا اہم منظر ہے۔ جو خیال کیا جاتا ہے کہ مدتی غدے کے باطنی افراز کی زیادتی یا ترمیم کے باعث ہوتا ہے۔ سرعت قلب ایٹروپین اور بعض دوسرے ذہروں سے بھی پیدا ہو جاتی ہے۔ ان تمام مثالوں میں برقی قلب نگاری امتحان سے ظاہر ہوا ہے کہ بڑھا ہوا تواتر قلب کے طبعی رفتار سے زیادہ کی تحریک کا نتیجہ ہوتا ہے۔ خود ضرب قلب کی ترقیم طبعی ہوتی ہے۔

دوسرا سبب قلب کی ساخت کا مرض ہے، خواہ یہ عضلہ قلب کا ہو یا مصراع کا، کیونکہ ایسی صورت میں ہر واحد ضرب کی کارنا کردگی (inefficiency) کی وجہ سے کافی دوران خون پیدا نہیں کیا جاسکتا تا وقتیکہ ایک معین وقت کے اندر ضربات کی تعداد زیادہ نہ ہو جائے۔ ان تمام اسباب کے علاوہ وقتاً فوقتاً ایسی حالتیں بھی واقع ہو جاتی ہیں جنہیں ضربت القلب میں ایک دوری سرعت واقع ہو جاتی ہے، اور جن پر اب غور کیا جائیگا۔

## سادہ دوری سرعت القلب

(simple paroxysmal tachycardia)

سادہ دوری سرعت القلب سے وہ حالت مراد ہے جس میں قلب کی طبعی رفتار کا خاتمہ ہو کر اس کی بجائے دفعۃً سریع اور باقاعدہ ضربات کا ایک سلسلہ پیدا ہو جاتا ہے،

جوفی منٹ ۱۱۰ اور ۲۰۰ کے درمیان ہوتے ہیں۔ یہ ضربات ایک نئے مرکز کے باعث ہوتے ہیں، جو قلب میں پیدا ہوجاتا ہے، اور جو بطور خود ضربات کا آغاز کرتا ہے، جبکہ طبعی فٹارساز (normal pacemaker) کا وظیفہ عارضی طور پر منسوخ ہوجاتا ہے۔ لہذا یہ ضربات اپنے مبداء میں مختلف المقام (heterotopic) ہوتے ہیں اور انہیں مستزاد انکماشات کا ایک سلسلہ سمجھنا چاہئے۔ یہ نیا مرکز یا تو (۱) اُذین کے اندر ہو سکتا ہے، یعنی جوفی اُذینی گروہ کے قریب، اُذین کے عضلی نظام (general musculature) میں، اُذینی بطنیں گروہ (auriculo-ventricular node) میں (کرہبی توازن = nodal rhythm) جیسے کہ شکل ۳۲ میں، یا گروہ سے آگے خاص بندل کے اندر، یا (۲) دایں یا بائیں بطن کے اندر ہو سکتا ہے، جہاں ضربات غالباً پرکچھے کے جال (Purkinje's network) میں پیدا ہوتے ہیں۔ ان قسموں میں برقی قلب بھار کے ذریعہ تغریق کی جاسکتی ہے۔ سادہ دوری سرعت القلب کی اُذینی قسم دونوں قسموں میں سے زیادہ عام ہوتی ہے۔ جب ضربات اُذین میں پیدا ہوں، تو یہ طبعی طور پر بطن تک پھیل جاتے ہیں، لیکن جب وہ بطن میں شروع ہوتے ہیں، تو وہ پیچھے کو اُذین کی جانب ایک ایسے رخ میں پھیل جاتے ہیں جو کہ طبعی کے برعکس ہوتا ہے۔

یہ حالت ہر عمر میں واقع ہوتی ہے۔ طبعی اشخاص (normals) میں بھی یہ تقریباً اسی قدر عام ہے جتنی کہ بوڑھے روماتزمی مریضوں میں اور عضلہ قلب کے انحطاط (myocardial degeneration) والے مریضوں میں۔

اس حالت کا متمیز خاصہ یہ ہے کہ اس کا آغاز ناگہانی ہوتا ہے۔ اس کا حملہ چند سیکنڈ سے لیکر دو ہفتہ کے درمیان کسی عرصہ تک جاری رہ سکتا ہے۔ قلب تیز اور باقاعدہ ہوتا ہے، اور مریض کی وضع (posture) سے متاثر نہیں ہوتا۔ یہ امر اسے سرعت القلب کی دوسری قسموں سے ممتاز کرنے میں مدد دیتا ہے۔ اصوات قلب بلب ٹیک (tic-tac) نوعیت کے ہوتے ہیں، اور اگر کچھ خیرات (murmurs) موجود رہے ہوں تو وہ غائب ہوجاتے ہیں۔ نبض منتظم ہوتی ہے۔ دورے کا خاتمہ اسی قدر دفعۃً ہوتا ہے جتنا کہ اس کا آغاز، اور نبض پہلے پہل غیر طبعی طور پر سُست ہوجاتی ہے اور ممکن ہے کہ اپنا طبعی توازن دوبارہ حاصل کرنے سے پہلے مستزاد انکماشات

ظاہر کرے۔

علامات۔ اگر حملے قلیل المدت ہیں، اور خامسہ اگر مریض اُن کا عادی بن گیا ہے تو ممکن ہے کہ کوئی علامات پیدا نہ ہوں۔ اگر وہ کچھ عرصہ تک جاری رہتے ہیں تو عموماً تکلیف (distress) ہوتی ہے۔ سینہ میں پھڑپھڑاہٹ (fluttering) کی شکایت ہوتی ہے، اور گردن میں ضربان (beating) کی۔ مزید علامات قلب کی برآمد (output) کی تحلیل (دقیق حجم) کی وجہ سے ہوتے ہیں، جو ایک امابت میں ثابت ہوتی۔ کسندی، مصکلی (exhaustion) اور جوارح کی برورت موجود ہوتے ہیں، اور پسینہ آنے لگتا ہے۔ سوہضم کے علامات نمودار ہو جاتے ہیں، یعنی ریحیت (flatulence)، کثرت ریت (salivation)، متلی اور قے۔ ممکن ہے کہ ذبحی (anginal) علامات بھی موجود ہوں، یعنی سینہ میں تنگی کا احساس اور تحت القتی درد۔ ازاں بعد ممکن ہے کہ قلب عت فعل کی وجہ سے گرا نذر ہو جائے (embarrassment of the heart) اور ایس طرح فشل القلب (cardiac failure) کے امارات پیدا ہو جائیں، جن کے ساتھ اتساع قلب اور گردن کی جڑ کی وریدوں کا امتقان (engorgement)، جگر کی کلانی اور الیمیت، عمومی اُذیا وغیرہ پائے جاتے ہیں۔ زورہ موقوف ہوتے ہی یہ تمام علامتیں فی الفور غائب ہو جاتی ہیں، اگرچہ یہ ممکن ہے کہ اگر حملہ شدید ہو اسے تو مختلف جہ کی مصکلی (exhaustion) باقی رہے۔

تشخیص۔ اس کا انحصار مریض کے بہ احتیاط استمنا پر ہوتا ہے، جس کے ساتھ یہ دریافت کرنا بھی ضروری ہے کہ آیا ایسی ہی نوعیت کے دوسرے حملے پہلے بھی ہو چکے ہیں۔ بعض اوقات ان امابتوں کی تشخیص متعقوب مدی قرص (perforated gastric ulcer) کے طور پر کی گئی ہے اور جراحی علیہ بھی کر دیا گیا ہے۔ نیز "حاد اتساع قلب" ("acute dilatation of the heart") کے طور پر بھی تشخیص کیا جا چکا ہے۔

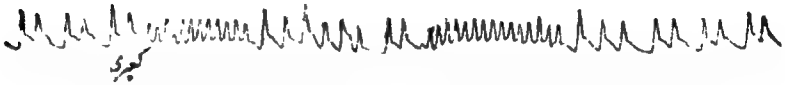
240

انذار۔ انذار کے خاص نکات یہ ہیں: (۱) عضلہ قلب کس مدّت کے نقصان پہنچا ہے، کیونکہ ممکن ہے حملے خالصتہ عصبی فعل کا نتیجہ ہوں اور عضلہ قلب تندرست ہو۔ (۲) حملوں کی شدت، اور خامسہ فشل القلب کے امارات۔ نوعمر اشخاص میں ایک یا دوسرے تہی سبب سے ایک دو انفرادی حملوں کا ہونا غیر عام نہیں، اور یہ عموماً نہیں تہے۔



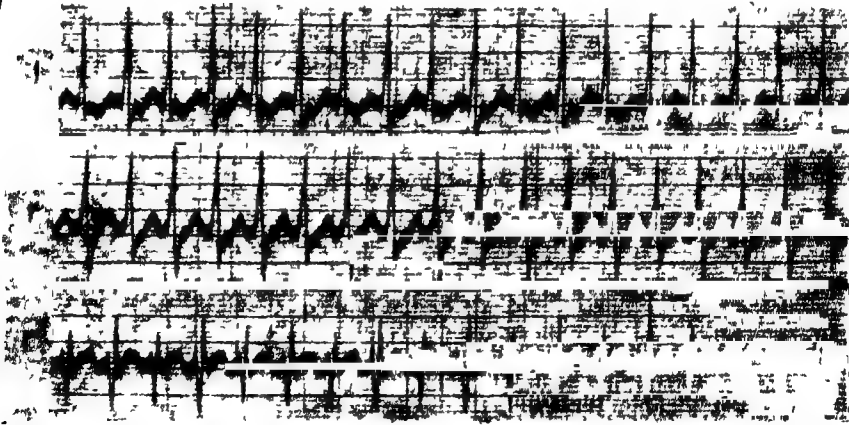
جب عضلہ قلب تندرست ہو، بالخصوص اُن نوعمر اشخاص میں جن میں طبعی (periodical attacks) ہوتے ہیں تو ایسی صورت میں زندگی کا طول بالکل نہیں گھٹتا، اور ان حملوں

کی



شکل ۳۰۔ دوری سرعت القلب (paroxysmal tachycardia) کے ایک مریض سے لی ہوئی تھریڈ فی ٹریسم۔ دو مختصر دورے دکھلائے گئے ہیں جن میں سے ہر ایک تقریباً پانچ سیکنڈ جاری رہا۔ دوروں کے درمیان نبض غیر منظم ہے (بہ اتباع لیوٹس)۔

نجات ملنے کا اچھا خاصا موقع ہوتا ہے۔ اگرچہ اکثر دورے زائل ہو جاتے ہیں تاہم ایک لمبے دورے میں ہلاکت واقع ہو گئی ہے اگر طبیب کو کسی حملے کے دوران میں مریض آنے



شکل ۳۱۔ دوری سرعت القلب تقوید ۲ میں کی نبض تبادل غیر معمولی ہے (جے۔ ایم۔ ایچ کیا مبیل)۔

بلا یا ہے تو مریض یا اس کے دوستوں کو یہ یقین دلانا تقریباً یقینی طور پر صحیح ہوگا کہ وہ اس

مخصوص دورے سے شفا یاب ہو جائے گا۔

**علاج۔** احتیاط کے ساتھ سوال کرنے سے بعض اوقات حملوں کا واضح سبب معلوم ہو جاتا ہے، جیسے کہ تیز کافی (coffee)، کثرتِ قہار کونوشی، شراب، جذبہ (emotion)، مریت جیسے کہ مادرِ کام، ناگہانی بار بڑنا۔ ان سب سے بچنا چاہئے۔ لیونس (Lewis) بیان کرتا ہے کہ سوکر اٹھنے سے پہلے ایک اشکم بند (abdominal binder) لگا کر اُسے دن بھر پہن رہنا چاہئے، کیونکہ ایسا کرنے سے حملے رکے رہتے ہیں۔ بعض اوقات ڈیجیٹالس (digitalis) یا کوئینی ڈین (quinidine) کا ایک پورا نصاب (full course) مفید ہوتا ہے۔ بہت سے طریقے ایسے ہیں جن سے خود حملے ہی بند کر دیے گئے ہیں، جیسے کہ ایک خاص ہیئت (attitude) اختیار کرنا، مثلاً سر کو گھٹنوں کے درمیان رکھ کر جھکنا، ہاتھوں اور گھٹنوں کے بل ریٹکنا، یا رگبی مرفقی وضع میں ٹھیرے رہنا یا چت (supine) لیٹنا۔ قہ کرنا، ریجیت دور کرنا، پیش قلب (præcordium) پر برف یا شکم کے گرد ایک تنگ بندش لگانا، گردن میں اعصابِ تائب (vagi) کو دبانا، ڈیجیٹالین (digitalin) یا اسٹروفینٹین (strophanthin) کا ویدی اثر کرنا، گہرے شہیق اور زفير جلد جلد کر کے تنفسی کوشش کرنا، یہ سب حملوں کو روک دینے میں کامیاب ہوئے ہیں۔ بعض اوقات مریض خود اپنے لئے کوئی ایسی چیز دریافت کر لیتے ہیں جس سے وہ حملے کو بالارادہ روک سکتے ہیں۔ کوئینی ڈین (quinidine) ممکن ہے کامیاب ثابت ہو، اور ۱۲ گرام سے شروع کی جاتی ہے، اور دو گھنٹے کے بعد ۴ گرام دے کر پھر تین گھنٹوں کے وقفے سے پانچ خوراکیں دی جاتی ہیں ڈیجیٹالس (digitalis)، ایگل اسٹن (Eggleston) کے طریقے سے آزمائی جاسکتی ہے، جیسا کہ اُذینی ریشکی انقباض کے تحت بیان کیا گیا ہے۔

طویل حملوں کے دوران میں یہ ضروری ہے کہ مریض کو بہ آرام رکھا جائے اور اگر ضرورت ہو تو افیون کے مرکبات (opiates) کے ذریعہ سے نیند پیدا کر دی جائے۔ قریب الوقوع فشلِ قلب کے اہارات کے لئے مناسب علاج کی ضرورت ہوگی۔ اقتصاد (venesection) مفید ہو سکتا ہے۔ اگر کوئی علیہ ضروری ہو تو حملوں کی سرگذشت، ایک عمومی معدم جس (general anaesthetic) کے استعمال کو خارج از بحث

نہیں کرتی۔



شکل ۳۲ - کریجی نواز (nodal rhythm) - ف مومیس (ف) بطینی ملائیو  
(ventricular complexes) سے بہت قریب ہیں - بعض برقی قہقہے  
میں مڑکس (inverted) ہوتی ہیں - جے - ایم - ایچ کیا مہیل -

## اذینی روفرہ (بھڑکھڑاہٹ)

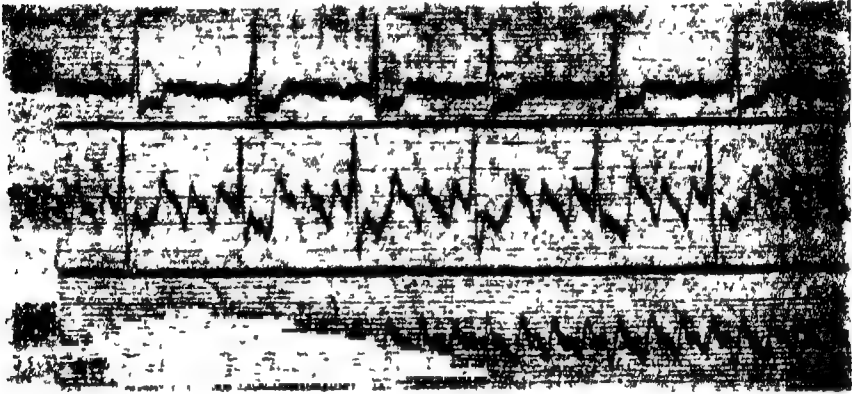
(auricular flutter)

یہ نام سرعت القلب کی اس شکل کو دیا گیا ہے، جس میں اذین نہایت جلد منتقل ہوتا ہے، یعنی مختلف مثالوں میں ۲۳۰ سے لیکر ۳۵۰ بار تک، لیکن بطین ہوتا اس سے آدھے یا چوتھائی تواتر کے ساتھ ضرب لگاتا ہے، جس کی وجہ یہ ہے کہ کسی حد تک اذینی بطینی مسدودی قلب قائم ہو جاتی ہے۔ صرف ہر دوسرے، تیسرے یا چوتھے اذینی انقباض کا ایصال بطین تک ہوتا ہے۔ کبھی کبھی بعض قلیل عرصوں کے لئے قلبی مسدودی موجود نہیں ہوتی، جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ بطینی شرح بھی فی منٹ ۳۲۰ ہو جاتی ہے، اور مریض عموماً غشی کی حالت میں ہوتا ہے۔ لیکن ۲ کے پیچھے والی قلبی مسدودی کی صورت میں نبض کعبی کی شرح تقریباً ۱۶۰ فی منٹ نہیں ہوتی، چنانچہ یہ استثنائے بعض مثالوں کے اگر شرح نبض اس قدر سے اوپر ہو تو اذینی پھر پڑا ہٹ کو فارج از بحث سمجھا جا سکتا ہے۔

اس کے برعکس اگر بطبعی شرح اُذینی شرح سے صرف چوتھائی ہے تو یہ صاف واضح ہے کہ نبض جو فی منٹ صرف متراً اسی ہے، سرعت القلب کی موجودگی کا کوئی شبہ نہیں پیدا کریگی۔ تاہم ایک پست ارتقاع کی آواز جو فی منٹ ۳۰۰ کی لے رکھتی ہے، کسنی جا چکی ہے (62)۔ ایسی حالت میں مریض جو صرف اذینوں کی سرعت القلب ہے، محض وریڈی نبض کی ترمیم سے شناخت میں آ سکتا ہے، یا برقی قلب نگارش سے، جس میں ہر بطبعی ضرب (R =) کے پیچھے اُذینی ضربات (P =) دو یا چار ہونے لگیں یہ باقاعدگی ہمیشہ نہیں قائم رہتی، اور ممکن ہے کہ غیر منتظم نبضیں واقع ہونے لگیں۔ یہ سرعت القلب دفعۃً شروع اور ختم ہوتی ہے، اور مریض کی وضع اور ورزش سے اُسی طرح متاثر ہوتی ہے جس طرح کہ دوری سرعت القلب کی زیادہ عام شکلیں۔ لیکن یہ حالت طویل عرصوں تک جاری رہنے کا نسبتہ بہت زیادہ رجحان رکھتی ہے، اور کمر اوقات ایسا ہوتا ہے کہ یہ عارضی ہوتی ہے (ملاحظہ ہو شکل ۳۳)۔ اگر نبض مربع ہے تو برقی قلب نگار کے ذریعہ تشخیص کرنا مشکل ہو سکتا ہے۔ ایسی صورت میں سباتی جوف (carotid sinus) پر مضبوط دباؤ ڈال کر قلب کو ست کیا جا سکتا ہے، جس سے موجوں کا سرعت سے عود کرنا ظاہر ہو جاتا ہے، جیسا کہ شکل ۳۴ کی تقوید ۲ اور ۳ میں ہے۔ ڈیجیٹائس کے زیر اثر لانے اور اس طرح قلب کو ست کرنے سے بھی تشخیص میں مدد ملتی ہے۔ اُذین کی پھر پھر اہٹ پرانے روماتزمی مریض کی نسبت اُس مریض میں زیادہ قوت کے ساتھ ہوتی ہے جسے شریانی تصلب (arteriosclerosis) یا خون کے دباؤ کی زیادتی کی شکایت ہو۔

امراضیات۔ اگر اُذین میں سے ایک عضلی حلقہ کاٹ کر نکال لیا جائے اور اسے ایک نقطہ پر مہتیج کیا جائے تو اس نقطہ سے انقباض کی دو موجیں شروع ہوتی ہیں جو مخالف سمتوں میں مساوی رفتار سے چکر لگاتی ہوئی حلقہ کی مخالف جانب پر پھر ل جاتی ہیں۔ چونکہ عضلہ اُن کے ملنے کے وقت منقبض ہو رہا ہے لہذا وہ حالت گپیزی (refractory) میں بھی ہوتا ہے، جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ یہ موجیں ایک دوسرے کو عبور نہیں کر سکتیں اور ضائع ہو جاتی ہیں (Minea)۔ اُذین کی طبی قلبی ضرب کے متعلق یہ سمجھ لینا چاہئے کہ یہ اسی قسم کے ضربات کا قوت (succession of beats) ہے، جو اُذین کے گرد چکر لگا کر ایک دوسرے سے دوچار ہوتے ہیں اور وہاں ضائع ہو جاتے ہیں۔

اب فرض کیجئے کہ اصلی ملتے میں ایک ناگہانی مارضی سدودی (block) پیدا ہو جائے اور اس طرح صحت صرف ایک ہی سمت میں چکر لگا سکے، تو ایسی صورت میں وہ اسی سمت میں بار بار چکر لگاتی رہے گی کیونکہ اب مخالف سمت میں کوئی موج نہیں رہی ہے جو عضلہ کو گریزی بنا کر اسے روک دے۔ اس کے چکر لگانے کا سلسلہ لامتناہی طور پر جاری رہے گا۔ اُذین کی پھر پڑا ہٹ میں صورت حال اسی ہی ہوتی ہے، موج اُذینی عضلہ کے گرد چکر لگاتی رہتی ہے، اور بقی قلب بھارش کی ف موج ایک ایسے قتل چکر سے متناظر ہوتی ہے (لیوٹس)۔ جب یہ موج تحریک چکر لگاتی ہے تو یہ شاخیں (offshoots) نکالتی جاتی ہے جو سارے



شکل ۳۳۔ جوٹا المعینی خوطر (exophthalmic goitre) کی اسابت سے

حاصل شدہ اُذینی پھر پڑا ہٹ (auricular flutter)۔ اُذین کی شرح فی منٹ ۳۲۰ اور ۸۰ ضربات کی غلظت نبض کے ساتھ ۱۵۲ سدودی موجود ہے۔ (عموماً تقوید میں پھر پڑا ہٹ واضح نہیں ہے)۔ (جے۔ ایم ایچ کیا مہیل)

اُذینی عضلہ میں پھیل کر انقباض پیدا کر دیتے اور بطنوں کو متہیج کر دیتے ہیں۔ تاہم یہ قدر اُذینی بطنی سدودی (A. V. block) ہمیشہ قائم ہو جاتی ہے، جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ بطن صرف ہر دوسری، تیسری یا چوتھی اُذینی ضرب کی تجسبات ظاہر کرتے ہیں۔ علاج۔۔۔ پایا گیا ہے کہ ڈیجیٹالس (digitalis) اُن امابتوں میں مفید اثر

رکتا ہے جن میں شرح نبض ۱۳۰ تا ۱۷۰ اور اذینی ضرب کی شرح اس سے دگنی ہوتی ہے۔ معلوم ہوتا ہے کہ یہ دوا اس مزاحمت کو زیادہ کر دیتی ہے جو کہ صدمات کو اذینی بطینی بندل کی راہ سے گزرنے میں پیش آتی ہے۔ اور اس طرح بطینی شوح گھٹ جاتی اور نبض مست ہو جاتی ہے۔ بہت سی امابتوں میں ڈیجیٹالس، اُزین کے منتظم کو سر بیع انقباض کو درجہ برہم کر دیتا اور اس طرح اُزین کا ریشکی انقباض پیدا کر دیتا ہے۔ اب اگر ڈیجیٹالس موقوف کر دیا جائے تو ممکن ہے کہ قلب اذینی پھر پھر اہٹ کی طرف رجوع کرنے کی بجائے اپنا بطینی فعل اختیار کر لے۔ اس کے بدل کے طور پر (alternatively) کیوئینڈین (quinidine) کا استعمال کیا جاسکتا ہے، یا تو اولاً پھر پھر اہٹ کو روکنے کے لئے یا اُس ریشکی انقباض (fibrillation) کو روکنے کے لئے جو ڈیجیٹالس کے علاج سے پیدا ہو گیا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 246)۔

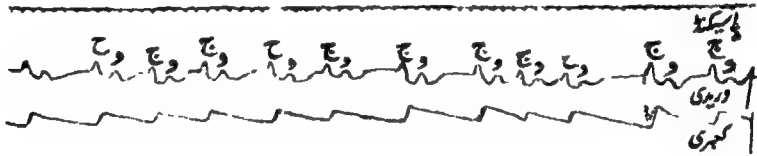
## اُزین کا ریشکی انقباض

(auricular fibrillation)

اس حالت کی اہمیت اس واقعہ سے ظاہر ہوتی ہے کہ کسی شفا خانہ عام میں جو مریض فشل قلب کے لئے داخل کئے جاتے ہیں اُن میں سے نصف سے زائد ایسے ہوتے ہیں جو اذینی ریشکی انقباض (auricular fibrillation) میں مبتلا ہوتے ہیں۔ اذینی ریشکی انقباض کا ایک کثیر الوقوع پشروہادر و مزاج ہے، اور سرسری طور پر کہا جاسکتا ہے کہ شفا خانہ میں اذینی ریشکی انقباض کی جتنی امابتیں ملتی ہیں اُن سب میں سے نصف ایسی ہوتی ہیں جو مطرائی ضیق (mitral stenosis) کی ہوتی ہیں۔ روماتزمی گروہنجی مزاولت میں چنداں کثیر الوقوع نہیں، کیونکہ مادروما ترم نسبت کم عام ہے۔ دوسرے اسباب تصلب شریان (arteriosclerosis)، غوطر (goitre)، بشمول بیش درقیت (hyperthyroidism) ہیں اور چند امابتوں میں مریض بظاہر بطینی حالت میں ہوتا ہے۔ تاہم کہ اسے ریشکی انقباض ہوتا ہے۔ اذینی ریشکی انقباض جب ایک مرتبہ نمودار ہو جاتا ہے تو پھر وہ عموماً مریض کی بقیہ زندگی بھر قائم رہتا ہے۔ تاہم ریشکی انقباض دوسروں کی موت میں بھی واقع ہوتا ہے اور چند سیکنڈ سے لیکر ایک یا دو ہفتے جاری رہتا ہے۔ ایسے مریضوں

کے تجزیہ سے ظاہر ہوا کہ ۴۵ فیصدی شریانی تصلب والے تھے، ۲۵ فیصدی روماتزمی تھے، ۱۵ فیصدی کو در قیہ کا مرض تھا، اور ۱۵ فیصدی یا تو طبعی تھے یا تمباکو ۱۰ الکحل وغیرہ سے یا سرایت سے مسموم لیکن سرایت غالباً ابتدائی تر اقسام کے بہت سے مریضوں میں موجود تھی (9)۔

امراضیات - انسانی موضوع میں اذینی ریشکی انقباض ابتدائے وقت میں راتھ برجر (Rothberger) اور وینز برگ (Winterburg) نے جداگانہ طور پر اور پھر اس ملک میں لیونس (Lewis) نے بیان کیا۔ سریریاتی حالت ابتدائی ترین زمانہ سے معلوم تھی، اور اس میں نبض کو دائمی غیر منتظم نبض (pulsus irregularis perpetuus)



شکل ۳۴ - ایک کثیر نگاری ترسیم ایک ایسے مریض سے جس میں قلب کی کامل بے نظم تھی۔ بطین کے ہر انکماش کے ساتھ بالائی یا ویدی سمی میں ح (c) اور و (v) موجیں ہوتی ہیں۔ معمولی پیش انکماش موج ۱ (a) باطل غائب ہوتی ہے۔ ۱ (a) کی غیر موجودگی اور بے نظم کی موجودگی اذین کے ریشکی \* انقباض (fibrillation) سے منسوب کی جاتی ہے۔ (بداساع لبونس)۔

کہتے تھے۔ میکینزی (Mackenzie) نے مشاہدہ کیا کہ وراجی ترسیمو (jugular tracings) میں موج و (a) غائب تھی اور اس نے سب سے پہلے اسے شلل اذین کا نتیجہ سمجھا۔ اس سریریاتی حالت کی حقیقی نوعیت اُس وقت پہچانی گئی جبکہ مریضوں کی برقی قلب نگارشلوں (electrocardiograms) اور وراجی نبض کی ترسیمو (jugular pulse tracings) کا مقابلہ ان گتوں سے لی ہوئی ترسیموں سے کیا گیا جنہیں فردی رو سے پہچانے کے ذریعہ اذین کے ریشوں میں انقباض (fibrillation) پیدا کیا گیا تھا۔ لیونس اور اس کے رفقاء کے کار کے تازہ تجربات نے اس حالت کی امراضیات (pathology) پر مدد دینی

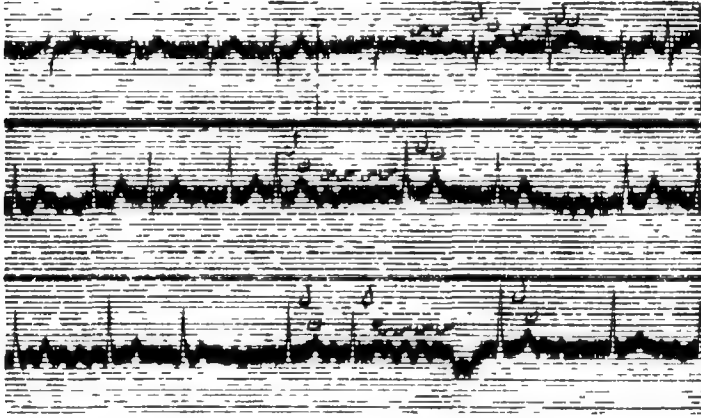
ڈالی ہے۔ یہ پہلے ہی بتا دیا گیا ہے کہ اُذینی پھر پھر ٹراہٹ ایک موج انتباض کے باعث ہوتی ہے جو اُذین کے گرد اگر بار بار چکر لگاتی ہے۔ ریشکوں کا انتباض بھی ایک چکر لگانوالی موج کے باعث ہوتا ہے، لیکن اس حالت میں یہ موج فی منٹ تقریباً ۲۰ گزشتوں (revolutions) کی رفتار سے سفر کرتی ہے، دائرہ کا محیط نسبت چھوٹا ہوتا ہے موج کا راستہ زیادہ بے قاعدہ ہوتا ہے، اور اُذینی دیوار پر اس کی شاخیں بھی بہت بے قاعدہ ہوتی ہیں۔ اس کا سبب یہ ہے کہ جب موج اس قدر سرعت کے ساتھ سفر کر رہی ہوتی ہے تو وہ اُذینی فضلہ جس پر سے یہ موج سفر کرتی ہے جو تگری حالت (refractory state) میں ہوتا ہے، جس کا نتیجہ یہ ہے کہ محض چند ریشے ایسے ہوتے ہیں جو کہ ایصالِ مہم کی قابلیت رکھتے ہیں، اور یہ اس وقت جبکہ چکر لگانے والی موج پھر واپس آتی ہے بدل جاتی ہیں، اور اس طرح انتباض کے راستہ میں انتہائی بیقاعدگی پیدا ہو جاتی ہے۔ اُذینی بطینی گره (A. V. node) میں بھی بقیہ فضلہ کی طرح بیقاعدہ تحریکات اُٹھتی ہیں، جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ بطین بھی بیقاعدگی کے ساتھ ضرب لگانے لگتا ہے۔ لیکن چونکہ کسی قدر اُذینی بطینی مسدودی (A. V. block) ہمیشہ قائم ہو جاتی ہے، لہذا بطین ہر صدمہ کی جمیعیت نہیں ظاہر کرتا۔ لیکن اس کے باوجود ایک علاج نہ کی ہوئی امابت میں بطین کی شرح سرچ اور غیر منظم ہوتی ہے۔

تشخیص۔ اُذین کے ریشکی انتباض کی شناخت بیشتر امابتوں میں مقابلہ آسان ہوتی ہے۔ ضربتہ الراس (apex beat) اور نبض دونوں کسی غالبے اُذن کی کامل غیر موجودگی ظاہر کرتے ہیں۔ ضربات اپنی قوت اور شرح دونوں میں بالکل غیر منظم ہوتے ہیں۔ اگر ایک کعبی ترسیم اس بے نظم کو بخوبی ظاہر کرے، تو یہ دیکھنے میں آئے گا کہ ایک طویل توقف کے اختتام پر بجائے اُس قوی ضرب کے جس کی توقع ہو سکتی ہے، ایک نسبت کمزور ضرب ملتی ہے۔ اس کے برعکس ممکن ہے کہ ایک مختصر وقفہ کے بعد ایک قوی ضرب دیکھی جائے (ملاحظہ ہو شکل ۳۲)۔

اُس وقت جبکہ قلب کی شرح تیز ہو ضرب قلب کا مقابلہ جیسی کہ وہ بذریعہ سنائی سنی جاتی ہے، نبض سے کیا جاتا ہے، اور یہ دیکھا جاتا ہے کہ قلب کے بہت سے ضربات کلائی تک منتقل ہونے میں سراسر ناکام رہتے ہیں۔ مطرانی ضیق کی امابتوں میں



حقیقی اُذینی انکماشِی خَریر (auriculo-systolic murmur) کبھی نہیں ہوتی، کیونکہ اُذین نے ضرب لگانا موقوف کر دیا ہوتا ہے۔ اگر خَریر کبھی سُنائی بھی دے، تو وہ ہمیشہ ابتدائی انبساطی یا وسط انبساطی (mid-diastolic) ہوگی۔ بعض اوقات وہ بہ ظاہر پیش انکماشِی (presystolic) ہوتی ہے، لیکن یہ ایسی صرف اسی وجہ سے ہوتی ہے کہ قلب بعض اوقات انبساطی خَریر کے ختم ہونے سے پہلے ہی منقبض ہو جاتا ہے۔ جب تعداد کافی طویل ہو کہ وسط انبساطی خَریر پورے طور پر ختم ہو جائے، تو حقیقی اُذینی انکماشِی خَریر کبھی نہیں سُنائی دیتی۔



شکل ۳۵۔ اُذین کے ریشکی انقباض کی برقی قلب نگارش یا لینیٹ (R) اور (T) موجیں نہایت بیقاعدگی کے ساتھ واقع ہیں، اور اُذینی ف موجیں (P-waves) غیر موجود ہیں، لیکن اُن کی جگہ کثیر النعداد چھوٹی چھوٹی موجوں (F) نے لے لی ہے، جو ضمنی میں منتزاع ہیں۔ [بدر اتباع (سیل ویلس) (Russel Wells)]۔

جب قلب بے قاعدگی کے ساتھ، اور ایسی شرح سے ضرب لگاتا ہو کہ جو فی منٹ ۱۲۰ سے زائد ہو، تو یقیناً یہ اُذین کے ریشکی انقباض (auricular fibrillation) کی علامت ہے۔ لیکن جب قلب سستی کے ساتھ، یا یوں کہنے کے لئے ۱۰۰ سے کم بار ضرب لگاتا ہو، اور اُس کی بیقاعدگی بھی چنداں زیادہ نہ ہو تو شناخت زیادہ مشکل ہوتی ہے۔ تاہم ایک مزید قیمتی امارت یہ ہے:۔ مریض سے کسی ہلکی قسم کی ورزش کے لئے، جیسے کہ

اوپر نیچے جھکنے، یا بستر میں ایک دو بار اٹھ کر بیٹھنے اور پھر لیٹنے کو کہا جاتا ہے۔ اگر اذینیشکی انقباض موجود ہے تو اس ورزش سے قلب اور بھی زیادہ غیر منتظم ہو جائے گا۔ دوسری اصابتوں، مثلاً مستزاد انجماشات یا قلبی سدودی میں ورزش کرنے کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ نبض زیادہ باقاعدہ اور منتظم ہو جاتی ہے۔

انذار۔ اذینیشکی انقباض ایک خطرناک حالت ہے۔ کس سال سے زائد زندہ رہنے والے مریض زیادہ نہیں ہوتے۔ فوری انذار کا بیشتر انحصار شرح نبض کو ۹۰ سے نیچے رکھنے کی قابلیت پر ہے، جو ایک امید افزا امارت ہے، اور وہی علاج کا بڑا مقصد بھی ہے۔ قلب جتنا بڑا ہوگا انذار اتنا ہی خراب ہوگا۔ اس کے برعکس جب اتلائی فشر ہو تو ریشکی انقباض والی اصابتوں میں بمقابلہ ان اصابتوں کے کہ جن میں ریشکی انقباض نہیں ہوتا ماضی صحت یابی ہونے کا امکان زیادہ ہوتا ہے (20)۔ کیونینی ڈین، تقریباً ۵ فیصد ان اصابتوں میں، اکثر اوقات صرف ماضی طور پر شفا بخش ثابت ہوتی ہے۔ علاج۔ امراض قلب میں ڈیجیٹالس (digitalis) کو جو بڑی شہرت اور ناموری حاصل ہے اُس کا دار و مدار خاص کر اسی امر پر ہے کہ وہ اس حالت کے علاج میں کامیاب ثابت ہوتی ہے۔

سب سے پہلے ۱۸۱۷ء میں بوٹنگھم کے ایک طبیب ولیم وڈرنگ (William Withering) نے طب کو ڈیجیٹالس سے روشناس کیا۔ اُس نے استسقا کے کامیاب علاج کا ایک خاندانی نسخہ حاصل کیا، جو شراب شائری کی ایک ضعیفہ نے عرصہ دراز تک صیفہ راز میں رکھا تھا اور جس سے اُس نے اُن مریضوں کو اچھا کر دیا تھا جن کے علاج میں نسبتاً زیادہ باقاعدہ المباء عاجز رہ گئے تھے۔ اس دوا میں بیس یا زائد مختلف بوٹیاں تھیں، لیکن وڈرنگ نے اُن میں سے کف الثعلب (fox-glove) کو بحیثیت ایک فعال جزو کے منتخب کر لیا۔ اُس کی کتاب میں ۱۶۳ مریضوں کا حال درج ہے، لیکن وہ استسقا کے غائب ہو جانے اور متناظر اور ارپڑ بہ نسبت اُس اثر کے جو قلب پر ہوتا ہے زیادہ توجہ دیتا ہے، اگرچہ چند مریضوں میں قلب پر کے اثر کا بطور خاص تذکرہ کیا گیا ہے۔ تاہم وہ مندرجہ ذیل نوٹ کرتا ہے: ”قلب کی حرکت پر اسے اس درجہ کا اقتدار حاصل ہے جو اب تک کسی دوسری دوا میں مشاہدہ میں نہیں آیا“

اگر نبض ۱۰ سے زائد ہو تو مریض کو بستریں رکھ کر اس کا علاج سفوف ڈیجیٹالس (pulv. digitalis) آٹا ۱/۲ اگرین جو کہ معیاری صبغہ (tincture) کے ۱-۱۰ قطرے کے برابر ہوتا ہے، دن میں تین یا چار مرتبہ دے کر کرنا چاہئے یا تازہ میسندہ (infusion) استعمال کیا جاسکتا ہے۔ اگر نبض کی رفتار میں کمی نہ ہو، تو اس کی مقدار خوراک کو بڑھایا جاتا ہے، یہاں تک کہ ڈیجیٹالس کے سم کے واضح علامات ظاہر ہونا شروع ہوں۔ وہ علامات یہ ہیں: متلی، قے، اسہال، اور دوسرے۔ اب ان علامات کو دور کرنے کے لئے مقدار خوراک کو کافی گھٹا دینا چاہئے، اور اسے مطلوبہ اثر حاصل ہونے تک جاری رکھنے دینا چاہئے۔

حادیہ نبایت خطرناک امیلتوں میں اسٹروفینتھین (strophanthin)؛ پیم کرین، لمبی ملح (normal saline) میں ملا کر دوں وریڈی طور پر دیکھے ہیں، اور یہ مقدار مکرر دیا جاسکتی ہے۔ اسے تحت الجلدی یا دروں عضلی راہ سے بھی دیکھے ہیں۔ دروں وریڈی اسٹروفینتھین چنداں خالی از خطر نہیں، کیونکہ مفید ترین علاجی اثر حاصل کرنے کے لئے دوا کی جو مقدار ضروری ہوتی ہے وہ نہ ہر ملی مقدار خوراک کے قریب ہوتی ہے۔ زیادہ دیر تک پڑا سہنے پر اس کی قوت تاثیر میں کمی ہو جاتی ہے۔ اذینی ریشکی انتقباض کی حادیہ امیلتوں کے علاج کا ایک زیادہ خالی از خطر طریقہ ایگلستون (Eggleston) کا ہے، جس نے بتلادیا ہے کہ جب ایک سوچ اور کامل اثر پیدا کرنا ضروری ہو تو اذینی ریشکی انتقباض اور فضل القلب والے مریضوں میں، ڈیجیٹالس کی ان مقداروں کی نسبت جو عموماً استعمال کی جاتی ہیں، بہت زیادہ جلدی خوراکیں براہ دہن دیا جاسکتی ہیں۔ یہ ضروری ہے کہ ڈیجیٹالس کی ایک معقول طور پر معیاری بنائی ہوئی تجہیز (standardized preparation) استعمال کی جائے۔ امریکہ میں ڈیجیٹالس کے علاج کی اکائی (unit for digitalis therapy) ”گرہہ اکائی“ (“cat unit”) یعنی ڈیجیٹالس (کے سفوف کئے ہوئے بتوں کی ملی گراموں میں ظاہر کی ہوئی) وہ اقل مقدار جو دروں وریڈی اثر اب کرنے پر پتی کے لئے ہلک ثابت ہو۔ اس ملک میں ڈیجیٹالس کی بیشتر عمدہ تجہیزوں کی ”گرہہ اکائی“ سفوف کردہ پتوں کے ۱۰۰ ملی گرام کے برابر ہوتی ہے۔ ان حالات میں ڈیجیٹالس کی وہ مجموعی مقدار جو ایک مریض کو دیا جاتی ہے ذیل کے ضابطہ میں دی گئی ہے۔

صبغہ ڈیجیٹالس کے کعب سنٹی میٹروں کی تعداد = ۰.۱۵ x جسم کا وزن

رطلوں میں -

سفوف کردہ پتوں کے گراموں کی تعداد =  $0.5 \times 1.5$  جسم کا وزن رطلوں میں۔  
 مریض کے جسم کے طبعی وزن سے کام لینا چاہئے، اور اس کی تخمین مریض کے حقیقی وزن سے  
 کرنے میں کسی اذیمیا کا جو موجود ہو لحاظ رکھنا چاہئے۔ جسمانی طول پر سے قیاس کردہ وزن  
 کام میں لایا جاسکتا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 472)۔ آئزالد کرکی پیمائش قمتہ الرأس (vertex)  
 اور عظم الورک کے مہیبات (ischial tuberosities) کے درمیان اُسوقت کرنا چاہئے  
 جبکہ مریض بستر پر لیٹا ہوا ہو شاید زیادہ عالی از خطرہ یہی ہے کہ اندازہ کردہ مقدار کا سہ ہی  
 کام میں لایا جائے۔ یہ تخمین کرنے پر ایک بالغ کے لئے عموماً صبیغہ کی ۳ ڈرام پائی جاتی ہے۔  
 بہترین یہ ہے کہ یتیم یا چار خوراگوں میں چھ چھ گھنٹوں کے فاصلہ سے دی جائے، اسطرح  
 پر کہ مجموعی مقدار کے نصف سے شروع کیا جائے، پھر پانچ، پھر پانچ، پھر پانچ - شرح نبض  
 کم کرنے میں، فطلم اثر ایک دو گھنٹے میں اسطرح حاصل کیا جاسکتا ہے کہ ڈیجیٹالس کے پتوں  
 سے ایک خاص ٹھوک کو سائیڈ ڈیگاکسن (glucoside digoxin) کا دروں وریڈی اثر  
 کیا جائے، خوراک ۵، ۵، ۵ ملی گرام اور ۵، ۵، ۵ ملی گرام کے درمیان، جس کے انجلی محلول کو اگنا  
 مالخ کے ساتھ ہکا لیا جاتا ہے۔ ڈیجوں سے ڈیجیٹالینم ویرم (digitalinum verum)  
 کا بھی اثر لایا جاسکتا ہے، خوراک ۵ ملی گرام جو کہ ۵، ۵، ۵ ملی گرام ڈیگاکسن (digoxin)  
 اور معیاری صبیغہ کے ۵ قطرات کے معادل ہوتا ہے۔ ڈیگاکسن براہ دہن بھی فعال ہوتی  
 ہے۔ دونوں زیر جلدی بافتوں کے لئے خراش اور نابت ہوتے ہیں (60)۔

ڈیجیٹالس علاج کا مقصد یہ ہے کہ جب مریض بستر پر لیٹا ہوا ہو تو اس کی نبض  
 ۸۰ اور ۹۰ کے درمیان رہے۔ جب یہ مقصد حاصل ہو جائے تو مریض اُٹھ سکتا ہے اور  
 پھر یہ مقدار بتدریج گھٹا دیکھائی دے اور پھر عموماً یہ دیکھا جائے گا کہ نبض اب بھی سست رہتی ہے۔  
 اس کے لئے جو اقل مقدار ضروری ہے اس کا تعین کر لیا جاتا ہے، اور مریض کو اس مقدار  
 کو اپنی باقی زندگی بھر لیتے رہنا چاہئے۔ لیکن اگر ڈیجیٹالس کے علاج کے باوجود شرح نبض  
 بدستور بلند رہے تو اس قسم کی دوا سے اس سے زیادہ نہیں کیا جاسکتا۔ دوسرے  
 مقتضیات (indications) یہ ہیں کہ بے انتہا محنت سے اجترار کیا جائے، مہرایت  
 حاصل اور قبض سے بچا جائے، اور حتی الامکان تندرست رہا جائے۔ عمومی معدا جس

(general anaesthetics) صرف اسی وقت دینے چاہئیں جبکہ ایک عمل سے مریض کی زندگی بہت زیادہ بڑھانی جاسکے، یعنی جب علیہ عمل ناگزیر ہو۔

قلب کو سست کر دینے میں ڈیجیٹالس کا فعل قلبی سدودی پیدا ہوجانیکے باعث ہوتا ہے، جو اس درجہ کم ہوتی ہے کہ ان کثیر التعداد خدمات کو روکنے کے لئے کافی ہوتی ہے جو اذینوں سے پیدا ہو کر بطنین پر پوش کر دیتے ہیں۔ یہ قلبی سدودی غالباً عضلہ قلب پر راست فعل کے باعث ہوتی ہے، جو غالباً اذینی بطنین مثل (auriculo-ventricular bundle) میں کسی مقام پر یا اذینی بطنین گرو (A. V. node) پر ہوتا ہے۔ تندرست

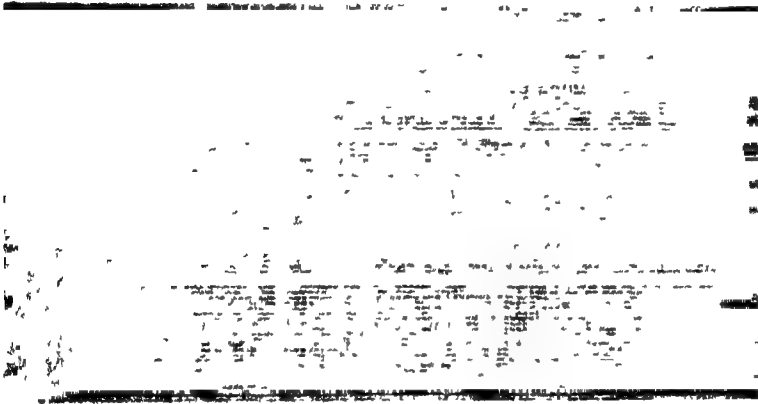
246

قلوب میں ڈیجیٹالس کا فعل عصب تائبہ کا اقتناع (vagal inhibition) پیدا ہو کر ہوتا ہے۔ جب ڈیجیٹالس کا استعمال مد سے زائد جاری رکھا جائے تو ممکن ہے کہ تسمہ کمی دوسری علامتوں کے علاوہ ڈیجیٹالسی مزدوجیت (digitalis coupling) واقع ہو جائے (شکل ۳۶)۔ نبض سست ہوجاتی ہے، اور قلب قنادرافوت کے ساتھ اور کمزوری کے ساتھ ضرب لگاتا ہے۔ جب یہ واقع ہو جائے تو ڈیجیٹالس کو مارمی طور پر حذف کر دینا چاہئے۔ یہ خطرے کی امارت ہے۔

۱۹۱۷ء میں فرے (Frey) اذین کے ریشکی انقباض (auricular fibrillation) کے علاج کے لئے دنیا کے طب گو کیونڈین (quinidine) سے روشناس کیا۔ یہ اذینی عضلہ پر دو طریقوں سے عمل کرتی ہے: (۱) یہ گریزی عرصہ (refractory period) کو طویل بنادیتی ہے۔ یہ بتلایا گیا ہے کہ اذین کے ریشکی انقباض میں اذین کے گرد ایک تیز سرسری حرکت ہوتی ہے، اور مزید براں یہ موج تقریباً پورے ذہریں پھیل جاتی ہے، اس طرح کہ بڑھتی ہوئی موج کے سراور اس کی بجائے ہوئی دم کے درمیان صرف ایک چھوٹا فصل حرکت مضل کارہ جاتا ہے۔ جب گریزی عرصہ زیادہ ہو جاتا ہے تو اس چھوٹے فصل میں کا مضلہ تحریک ناپذیر ہو جاتا ہے اور وہ حرکت موقوف ہوجاتی ہے۔ (۲) کیونڈین اذین کی قوت ایصال کو کم کر دیتی ہے، جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ موج نسبتہ سست رفتاری سے سفر کرتی ہے۔ یہ فعل سابق الذکر فصل کے خلاف ہے اور موج کا استمرار پیدا کر دینے کا رجحان رکھتا ہے، کیونکہ تحریک پذیر عضلہ کا فصل زیادہ ہو جاتا ہے۔ کیونڈین کے اثر کا انحصار اس پر ہے کہ ان دونوں افعال میں سے کون سا فعل زیادہ قوی ہے۔ اگر

پہلا فعل قوی ہو تو اذینی ریشکی انقباض موقوف ہو جائے گا، اور قلب اپنا طبعی توازن اپنے اختیار کر لے گا۔ ایسا تقریباً نصف امصابتوں میں ہوتا ہے۔ بقیہ نصف میں یہ دوا بیکار ہوتی ہے اور ممکن ہے کہ یہ دوسرے فعل کے غالب رہنے کی وجہ سے ہو۔

کیونینڈین کا علاج کرنے سے پہلے بہترین طریقہ یہ ہے کہ مریض کو بستریں رکھ کر ڈیجیٹالس کے علاج کا ایک ابتدائی نصاب دیا جائے اور بطبعی شرح کو ۷۰ اور ۸۰ کے درمیان گھٹا کر اسکی حالت میں اصلاح کر لی جائے۔ اگر اس سے مریض میں کوئی اصلاح نہ پائی جائے تو یہ امصابت کیونینڈین کے لئے ناموزوں ہے، کیونکہ مریض کی اصلی حالت کا



شکل ۳۴۔ ڈیجیٹالس مزدوجیت (digitalis coupling)۔

(جے۔ ایم۔ ایچ کیا مبل)۔

سبب کوئی غیر طبعی توازن نہیں ہے بلکہ زیادہ تر خود قلب میں نقص ہیں۔ اذینی ریشکی انقباض کی وہ امبابتیں بھی کیونینڈین کے علاج کے لئے چنداں موزوں نہیں، جن میں ڈیجیٹالس دے بغیر ہی بطبعی شرح سست ہو۔ تازہ سدا دیت (embolism) کی سرگزشت بھی کیونینڈین کے استعمال میں مانع آتی ہے، کیونکہ اگر اذین میں ایک علقہ (thrombus) موجود ہے تو اسوقت جبکہ اذین پھر طبعی طریقہ سے ضرب لگانا شروع کرے، ممکن ہے وہ آزاد ہو کر سدا دیت پیدا کر دے۔

اگر کیونینڈین سے علاج کرنے کا فیصلہ کر لیا گیا ہے تو ڈیجیٹالس موقوف کر دیا جاتا ہے

اور دوسرے دن کیونیدین سلفیٹ کے ۰.۲ گرام کی ایک ابتدائی خوراک براہ دہن دی جاتی ہے۔ یہ دیکھنے کے لئے کہ اس دوا کے خلاف کوئی خاص مزاجی خصوصیت (idiosyncrasy) تو موجود نہیں ہے۔ پھر یہ جیلاتین کے کیسوں کے اندر ۰.۲ گرام کی خوراکوں میں دی جاتی ہے، پہلے تو دن میں ایک بار، پھر روزانہ دو بار، اور پھر دن بھر میں مین یا چار بار بغض کی شرح اور اس کے نظم پر احتیاط کے ساتھ نظر رکھی جاتی ہے اور دوا کے اثر کی مزید توضیح برقی قلب نگاروں کے ذریعہ کی جاسکتی ہے۔ بطبعی شرح ابتدائی زیادہ ہو جاتی ہے لیکن اذینی شرح کم ہوتی ہے۔ کبھی کبھی کیونیدین سے شرئی (urticaria) درد، دوراں سر، اختلالاتِ بصری، متلی، تھوڑا اور ارتفاعِ پیش پیدا ہو جاتے ہیں۔ اگر ضرب قلب کے امارت ظاہر ہوں تو اس دوا کو یقیناً موقوف کر دینا چاہیے۔ جب اذینی ریشکی انقباض منع ہو جائے تو چند ہفتوں تک کیونیدین کی تھوڑی تھوڑی خوراکیں (روزانہ ۰.۲ گرام) جاری رکھنا مناسب ہے۔ یہ مقدار بتدریج کم کر کے بالآخر اس دوا کو موقوف کر سکتے ہیں۔ نخس (relapse) کا ہونا شاذ نہیں اور اس کا علاج بھی اسی اصول پر کرنا چاہئے۔

قلب کا توازن طبی ہو جانے پر مریضوں کو عموماً زیادہ آرام محسوس ہوتا ہے۔ اور اسی وجہ سے کیونیدین کو ڈیجیٹالس پر جو ریشکی انقباض کو رفع نہیں کرتا، فوقیت حاصل ہے۔ دائمی اور فوبی دونوں قسم کے اذینی ریشکی انقباض میں کیونیدین دیا جاسکتی ہے۔ درقی ستمی ریشکی انقباض (thyro-toxic fibrillation) کی امابتوں پر کیونیدین کا اچھا اثر اسی وقت ہوتا ہے جبکہ بیش درقیت (hyper-thyroidism) کا معقول علاج کیا جا چکا ہو۔ کیونیدین اور ڈیجیٹالس کو ساتھ ساتھ نہیں دینا چاہئے۔

## نبض متبادل

(pulsus alternans)

قلب کی غیر طبی ضرب کی اس قسم میں چھوٹے اور بڑے ضربات نظم کے ساتھ متبادل ہوتے ہیں، لیکن نبض دو توامی (pulsus bigeminus) یا مزدوج ضربات کے برعکس (میں میں ایک چھوٹی ضرب کے بعد کا وقفہ اس سے بڑا ہوتا ہے کہ جتنا ایک بڑی ضرب کے بعد کا وقفہ) شروع سے آخر تک وقفہ تقریباً ٹھیک طور پر یکساں ہوتے ہیں اگر

ایک چھوٹی اور بڑی ضرب نبض کے درمیان کا فرق زیادہ نمایاں نہ ہو تو ممکن ہے کہ وہ انگلی سے شناخت میں نہ آئے اور اس حالت کو بتلانے کے لئے نبض نگار (sphygmograph) کی ضرورت پڑے۔ اگر فرق نمایاں ہے، یعنی اگر متبادل کمزور ضربات نہایت چھوٹے ہیں، تو ممکن ہے کہ انہیں انگلی محسوس نہ کرے، اور ایسی نبض غیر معمولی طور پر نسبت سمجھ لی جائے، یعنی وہ دراصل جتنی ہے اس سے نصف سست۔ منطقی النبض پیماس (sphygmomanometer) سے خون کا دباؤ لینے سے بھی یہ حالت پہچانی جاسکتی ہے۔ دباؤ کے ایک خاص درجہ پر کمزور ضربات غائب (eliminated) ہو جاتے ہیں اور کلائی کی نبض بظاہر اپنی اصلی شرح سے نصف کم ہو جاتی ہے۔ نبض متبادل کی تشعیش برقی قلبی نگار (electro-cardiogram) کے ذریعہ چنداں آسانی کے ساتھ نہیں ہوتی۔ لیکن صفحہ 240 پر کی شکل ۳۱، تقوید ۲ میں وہ موجود ہے، جیسا کہ لیم ولت (R. S. excursion) کی متبادل تخفیف سے ظاہر ہوتا ہے۔

یہ غیر طبیعی حالت یقیناً عضلہ قلب کی ناقص انقباض پذیری (contractility) یا خستگی (exhaustion) کے باعث ہوتی ہے۔ یہ ورزش سے بڑھ جاتی یا نمایاں رہ جاتی ہے۔ ممکن ہے کہ یہ عارضی ہو اور غائب ہو جائے، لیکن اگر مسلسل ہو تو اس سے یہ پتہ چلتا ہے کہ قوت انقباض پذیری (contractile power) کے نقص کا سبب مستقل یا دائمی (persistent) ہے، مثلاً عضلہ قلب کا انحطاط (myocardial degeneration)۔ تجربہ ظاہر کرتا ہے کہ اس کی شدید اصابتیں (pronounced cases) شاذ ہی دو سال سے زائد تک موجود رہتی ہیں، اور ناگہانی طور پر موت کا وقوع شاذ نہیں۔ اندازاً سوت اور بھی خواب تر ہوتا ہے جبکہ متبادل نبض بلی (slow pulse) کے ساتھ دیکھا جائے۔ اگر یہ حالت محض اسی وقت ظاہر ہو جبکہ قلب سرعت کے ساتھ ضرب لگاتا ہو تو انداز چنداں خواب نہیں ہوتا۔

علاج۔ قلب کی قوت کو محفوظ رکھنے کے لئے اسے سکون و آرام دینا چاہئے۔ ڈیجیٹالس ان اصابتوں میں مفید پایا گیا ہے جن میں نبض تیز ہو، بالخصوص جبکہ اُذیا بھی موجود ہو۔ اس کے استعمال سے نبض بلی ہو کر متبادل رُخ ہو جاتا ہے۔



## قلیل الوقوع فعل

(بطء القلب = bradycardia)

اگرچہ نبض کبیری اور قلب کا طبعی تواتر اکثر سترہ فی منٹ سمجھا جاتا ہے، تاہم ساتھ فی منٹ کی نبض بالکل عام ہے۔ بعض اشخاص میں پچاس کی نبض طبعی ہوتی ہے اور ممکن ہے کہ ان بطئی النبض (slow pulsed) اشخاص میں آدھی رات کے سرد گھنٹوں میں یا علی الصباح نبض کی شرح گھٹ کر اڑتالیس ہو جائے۔ فاقہ کشی (starvation) اور قلت تغذیہ (under nutrition) میں بھی نبض کی شرح سست پائی جاتی ہے اور بلاشبہ نبض کی یہ سستی تحول کی تخفیف کی وجہ سے ہے جو کہ واقع ہو جاتی ہے۔

اس حالت کے لئے امتحان کرتے وقت بلاشبہ قلب اور نبض کبیری دونوں کا مشاہدہ کرنا ضروری ہے، کیونکہ کئی حالتیں ایسی ہوتی ہیں جن میں ممکن قلب کی ضرب کلائی تک نہیں پہنچ سکتی، مثلاً نبض متبادل (pulsus alternans) یا نبض دوامی (pulsus bigeminus)۔ اگر صرف نبض ہی دیکھی جائے تو بطء القلب (bradycardia) کا شبہ ہوتا ہے، گو کہ قلب طبعی شرح سے ضرب لگا رہا ہوتا ہے۔

بطء القلب کی بہت سی حالتیں عصب تائیمہ کے میکان (vagal stimulation) کے باعث ہو سکتی ہیں، جو معکوس طور پر پیدا ہو سکتا ہے۔ چنانچہ وہ نبض بطی ہو کہ ضعف قلب (cerebral compression) 'یرقان'، انفلوئنزا اور دوسرے حادثات امراض ساریہ کے

بعد کی نقیہیت (convalescence) سے ظہور میں آتی ہے اسی وجہ سے پیدا ہوتی ہے۔ یہی الفاظ پورے قلب کی سست رفتاری کے متعلق کہے جاسکتے ہیں کہ جس سے بے ہوشی کا وہ حملہ ہو جاتا ہے جس کا عام سبب جذبیہ (emotion) یا دیر تک کھڑا رہنا ہے یا ممکن ہے کہ بے ہوشی کے وہ حملے پیدا ہوں جو ادوی مرض میں ہوتے ہیں۔

دوران تنفس میں قلب کا متبادل آہستہ اور تیز ہوجانا (جو فی عدم توازن sinus arrhythmia) بھی عصب تائیمہ کے فعل کے سبب سے ہے۔ نیز وہ کسی قدر غیر عام یعنی متناہدگی ("phasic irregularity") بھی جس میں تنفس کے تعلق کے بغیر

اور بلا کسی ظاہری سبب کے پورا قلب نوبی لمحہ پر مست پڑ جاتا ہے۔

ایک دوسری غیر عام حالت جو بطن القلب (bradycardia) پیدا کر دیتی ہے جو فی اذینی مسدودی (sino-auricular block) ہے، لیکن خود جوفی اذینی مسدودی کا عصب تانیہ کے مہجان کے باعث ہونا ممکن ہے۔ طویل المدت بطن القلب کا ایک عام سبب اذینی بطینی مسدودی ہے، بالخصوص اس وقت جبکہ یہ مسدودی کامل درجہ کی ہو۔

## بطین کا ریشکی انقباض

(ventricular fibrillation)

برقی قلب بھگاری کی وساطت سے ریشکی انقباض کا وقوع بطین میں اسی طرح ہوتا دیکھا گیا ہے کہ جس طرح اذین میں۔

بالعموم یہ موت سے فوراً پہلے دیکھا جاتا ہے، گو یہ ضروری نہیں ہے کہ یہ موت کا سبب ہو۔ لیکن جانوروں میں، اور شاید موقعوں پر انسان میں بھی، یہ کچھ عرصہ کے بعد موقوف ہو کر تنفایابی واقع ہو گئی ہے۔ صعقہ (lightning stroke) میں موت کا سبب یہی معلوم ہوتا ہے، اور بعضوں کا یقین ہے کہ عدم حیثیت کلوروفارم کی بعض جہلک وارداتوں کی ترمیم بھی اسی سے ہوتی ہے۔

## قلب کی تعویض

مرض میں قلب بے اوقات کسی قدر ازکار رفتگی کے تحت فعل کرتا ہے۔ جب قدرتی اعمال کے ذریعہ قلب کی طاقت بڑھ کر اس ازکار رفتگی پر غلبہ حاصل ہو جاتا ہے، تو قلب کو تعویض یا مفتہ کہا جاتا ہے۔ قلب کی طاقت اس طرح بڑھ سکتی ہے کہ ماضی دیواروں کی دبازت بڑھ جائے۔ اس کو بیش پس و دیش کہتے ہیں، جس کے ہمراہ ممکن ہے کہ ہنوں کا اتساع پایا جائے یا ممکن ہے نہ پایا جائے۔

جب یہ ازکار رفتگی کہ جس کے تحت قلب فعل کرتا ہے ادنیٰ درجہ کی ہو، تو بیش پرورش اس حد تک واقع ہو جائے گی کہ قلب سے خواہ کوئی کام بھی انجام دینے کا

مطالبہ کیا جائے اس کی جمیبت اتنی ہی موثر ہوگی جیسی کہ کسی طبعی شخص میں چنانچہ شدید ترین قسم کی عضلی ورزش کے بعد بھی مریض معمول سے زیادہ گستہ نفس نہیں ہوتا ایسی ازکار رفتگی کو مکمل طور پر تعویض یافتہ کہتے ہیں۔

اگر یہ ازکار رفتگی بلند تر درجہ کی ہی ہو، تو مریض کو آرام کی حالت میں یا ہلکی منہ کے دوران میں تو کوئی تکلیف نہیں ہوتی، لیکن جب ورزش شدید تر ہو تو وہ طبعی سے زیادہ گستہ نفس ہو جاتا ہے، اور یہ گستہ نفسی کچھ مدت تک قائم رہتی ہے۔ اس صورت میں گویا قلب ہلکی ورزش کے لئے تعویض یافتہ ہے، لیکن شدید تر ورزش کے لئے تعویض نایافتہ ہے۔ ایسی صورت کے لئے جزوی یا نامکمل تعویض کی اصطلاح کا استعمال کیا جاسکتا ہے۔

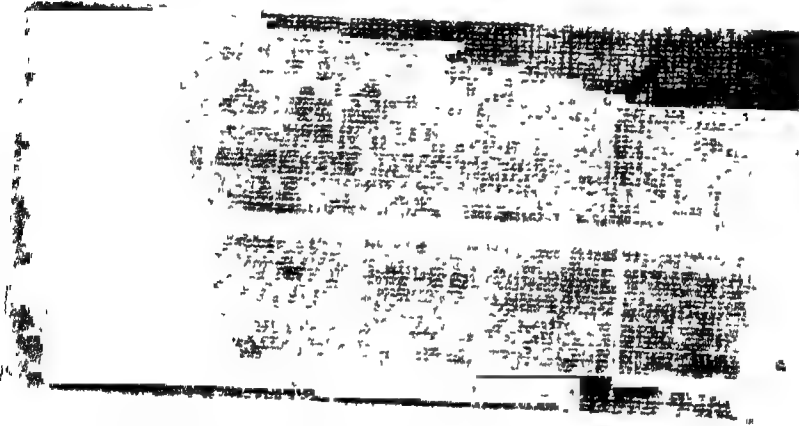
اس سے بھی شدید تر امایوتوں میں، جبکہ قلب کا فٹل ہو رہا ہوتا ہے، مریض بستر پر آرام کی حالت میں پڑا ہوا بھی گستہ نفسی اور دیگر ملاحظات ظاہر کرتا ہے۔ اس صورت میں تعویض کا مکمل فٹل ہو چکا ہے، اور قلب کے مختلف گوشک اس سے زیادہ قمع ہو چکے ہیں کہ جتنے وہ تعویض کے فٹل سے قبل تھے۔

## بیش پرورش

(hypertrophy)

قلب کی بیش پرورش، جسم کی قدرتی جمیبت ہے جو کہ قلب پر پڑے ہوئے زائد کام کی وجہ سے ظہور میں آتی ہے، اور جو اسی وقت تک واقع ہو سکتی ہے جب تک کہ خون کی ایک معقول رسد پہنچ کر قلب کے تغذیہ کو بخوبی قائم رکھے۔ جب بطینوں کی بیش پرورش، متاظر کہفوں کے ازدیاد (اتساع) کے بغیر واقع ہو تو اسکو ہم مرکز بیش پرورش کہتے ہیں، اور اس امر کے بیش نظر کہ زائد کام قلب کی کس جانب پر پڑتا ہے، یہ چپ جانبی یا راست جانبی ہو سکتی ہے، یا ممکن ہے کہ دونوں جانبیں مساوی طور پر متاثر ہوں۔ چپ جانبی بیش پرورش جب بائیں بطین کے اتساع کے بغیر تو اس کے اسباب حسب ذیل ہیں۔ (۱) اورطی معراحوں کا مرض، جبکہ اُس سے دہنہ کی تنگی واقع ہو۔ (۲) نہایت شاذ طور پر اورطی کی سپیشائی تنگی۔ (۳) بڑھا ہوا اثریاتی تناؤ۔ (۴) قلب کا مسلسل سریع نعل

(ventricular compl. res) ایک دوسرے کی طرف رخ کئے ہوئے ہیں (شکل ۳۰)۔  
 چپ جانبی غلبہ میں اس کے برعکس حالت ہوتی ہے اور "علامیات ایک دوسرے سے  
 صُغ پھیرے ہوئے ہیں" (شکل ۳۱)۔ لیونس (Lewis) اور کٹن (Cotton) نے پیش کردہ  
 کے اس طریقہ تخمین کی صحت اس وقت ثابت کر دی جب کہ اس نے موت کے بعد  
 قلب کی تعلیم احتیاط کے ساتھ کر کے دائیں بطن کہ بائیں بطن سے علاحدہ کرنے کے بعد  
 دونوں کے وزنوں کا مقابلہ کیا۔ لمبی مثالوں میں بائیں بطن اور دائیں بطن کے درمیان  
 تناسب ۱:۱ یا ۱:۱.۵ کا مقابلہ تھا۔ نمایاں مطرائی تنگی (mitral stenosis) میں وہ ۱:۲.۵

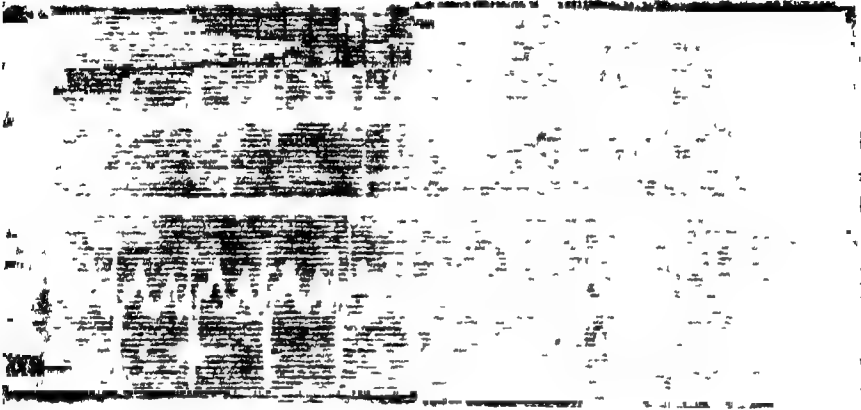


شکل ۳۰۔ مطرائی تنگی (mitral stenosis) کے ایک مریض سے حاصل شدہ  
 راست جانبی غلبہ - (جے - ایم - ایچ کیا مہیل)۔

۲۵۰ بمقابلہ تھا، جس سے دائیں بطن کا غلبہ ظاہر ہوتا ہے۔ اور لمبی مرض میں آٹھ اصابتوں  
 چپ جانبی غلبہ تھا، اور سات اصابتوں میں دائیں جانب کی بیش پرورش بھی اُسے  
 نمایاں تھی جس قدر کہ بائیں جانب کی۔ رخنکی التهاب گردہ (interstitial nephritis)  
 کے ہمراہ پانی جانے والی بیش پرورش میں عموماً خفیف سا چپ جانبی غلبہ تھا، جسکی نسبت  
 اوسطاً ۱:۲.۵ بمقابلہ آتی۔

لاشعاعی امتحان سے مکن ہے کہ ایک روز سے فعل کرتا ہوا بیش پرورش  
 بائیں بطن نظر آئے یا زریں دائیں حصہ قلب پر ایک نبضان نظر آئے جو کہ ایک بیش پرورش

دائیں بطن کی طرف اشارہ کرتا ہے، لیکن قلبی سائیکل کی جسامت اور شکل میں پرورش اور اتساع کے درمیان امتیاز کرنے کا موقعہ نہیں دیتی۔ اس قسم کے ذرائع سے دریافت ہوا ہے کہ قلب کی جسامت، بیٹھکر کام کرنے والوں کی نسبت پہلوانوں میں زیادہ ہوتی ہے اور انڈرگریجویٹس (undergraduates) کے ایک گروہ میں یہ پایا گیا کہ



شکل ۳۔ اورطی سق اور بازوی (aortic stenosis and regurgitation)

کے ایک مریض سے حاصل شدہ چپ جانبی نگاہ۔

جب وہ باقاعدہ مشقت آمیز ورزش کے مادی ہو گئے تو ان کے قلب کی جسامت بڑھ گئی جسامت کی یہ زیادتی غالباً بیش پرورش کے باعث تھی۔

## اتساع

(dilatation)

بہت اسباب۔ اتساع کی اصطلاح کا اطلاق قلب کے کہنوں کی جسامت کی زیادتی پر کیا جاتا ہے جو دوران انبساط (diastole) میں واقع ہوتی ہے۔ ممکن ہے کہ بعض امراض یا قی حالتوں میں بطن اپنے مافیہ پرکلی طور پر منقبض نہ ہو سکے، جس کا نتیجہ یہ ہو کہ کچھ مایہ ماندہ خون (residual blood) باقی رہ جائے، لیکن اس کے متعلق انسان میں ہم کو یقینی طور پر کچھ بھی نہیں معلوم ہے، اگرچہ ممکن ہے کہ "قلب ششیں سمجھنا"

جیسا کہ جنٹلی ٹیکے (exophthalmic goitre) میں ہوتا ہے۔ (۵) انفعالات تادمی جو حرکات قلب میں مزاحم ہو کر قلب پر زائد کام کا بار ڈال دیتے ہیں۔

دائیں بطن کی بیش پرورش، ریوی دوران خون میں تسد ہو جانے سے پیدا ہو جاتی ہے، اور یہ تسد (۱) ریوی دہنہ پر واقع ہو سکتا ہے، بوجہ مصراعات کے پیداشی شہوت (malformations)، دہنہ کی پیداشی نفیض، ریوی مصراعوں کے اکتسابی مرض، یا شریان ریوی کے قاعدہ پر اور ملی آنورسہا کے دباؤ کے۔ (۲) پھیپھڑوں میں واقع ہو سکتا ہے، بوجہ نفاخ، مزمن شعبی التهاب، تمد الشعب (bronchiectasis)، اور گاہے بوجہ مزمن سقل ریوی کے۔ اور (۳) قلب کے بائیں جانب کے اوٹی مرض کی وجہ واقع ہو سکتا ہے، جس سے بایاں اُذین اور ریوی دوران خون مختن (engorged) ہو کر پھیپھڑوں میں خون کا دباؤ زیادہ ہو جاتا ہے۔

اور ملی بازروی اور دیگر بازروضرات میں، جیسا کہ بعد میں بیان کیا جائے گا، نقویض ہمیشہ اس طرح واقع ہونی ہے کہ وہ کہفہ کہ جس میں اور جس سے خون بازرو ہوتا ہے اولی (تو فیضی) طور پر تسع ہو جاتا ہے، اور بیش پرورش اتساع کے بعد ثانوی طور پر ہو جاتی ہے۔ اس کو منحرف المکرکز (excentric) بیش پرورش کہتے ہیں، اور یہ اصطلاح اور ملی بازروی میں بائیں بطن کے متعلق خاص طور پر استعمال کی جاتی ہے۔ اذینوں کی بیش پرورش، شان و نادر ہی اتساع کے بغیر واقع ہوتی ہے، لیکن مطرانی ضیق میں بائیں اذین میں بیش پرورش کا غلبہ ہوتا ہے۔ یہ اذینی بطنی مصراعوں کے تضیق یا عدم کنایت سے پیدا ہوتی ہے۔

**مرضی تشتریح**۔ اور ملی بازروی (aortic regurgitation) ہی میں شریخ سب سے اعلیٰ درجہ کی ہو جاتی ہے۔ ممکن ہے کہ بطنی دیوار اپنی طبعی دبازت کی نسبت دگنی ہو جائے۔ ایسی صورتوں میں ہمیشہ بطن کا اتساع ساتھ ساتھ موجود ہوتا ہے، اور دوسرے کہفوں میں بھی متناسب تغیرات ہو جاتے ہیں، جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ قلب کا وزن ۶۰۰ اور ۱۳۰۰ گرام کے درمیان کہیں نہ کہیں ہوتا ہے۔ ایسی مثالوں کو قلب الثور (cor bovinum) کہتے ہیں۔ دائیں بطن کی بیش پرورش میں اس کا راس اپنی مد سے تھام کر کے راس قلب میں متداخل ہوتا ہے، اور نمایاں امواتوں میں جب سامنے سے قلب

دیکھا جائے تو بایاں بطنین بشکل نظر آتا ہے۔ دایاں بطنین دائیں جانب کی طرف بھی اس سے زیادہ آگے تک پھیل جاتا ہے کہ جہاں یہ معمولی طور پر ہوتا ہے۔  
 طبعی امارات۔ راست و چپ جانبی بیش پر درخش کے طبعی امارات۔ جو کہ عام طور پر مسلم ہیں بسا اوقات زیادہ اعتماد کے قابل نہیں ہوتے۔ وہ حسب ذیل ہیں،  
 چپ جانبی بیش پرورش کی حالت میں مذم القلب (impulse) جاشی (heaving) ہوتا ہے اور ایک وسیع رقبہ پر محسوس ہو سکتا ہے درحقیقت قلن ہے کہ کلائی یا فٹہ قلب سینہ کو مستقلاً باہر کو ابھرا ہوا بنا دے۔ جب بائیں بطنین کا تھوپی اتساع بھی موجود ہو تو صدم کامل وقوع طبعی حالت کی نسبت زیادہ نیچے کو اور باہر کی طرف ہٹا ہوتا ہے اور پیش قلبی اصمیت (præcordial dulness) متناظر طور پر بائیں طرف کو بڑھی جاتی ہے۔  
 ہم مرکز بیش پرورش میں پیش قلبی اصمیت کی زیادتی غنیف ہوتی ہے یا باطل نہیں ہوتی۔ ممکن ہے کہ کلائی یا فٹہ قلب پھیپھڑوں کے نفخ سے بکھ چمپ جائے۔ مستقل طور پر زیادہ بڑھا ہوا خون کا دباؤ ہمیشہ یہ معنی رکھتا ہے کہ بایاں بطنین بیش پروردہ (hypertrophied) ہے۔ اس طرح بیش پرورش ان دیگر اسباب کی موجودگی سے بھی متنبہ کی جاسکتی ہے جو کہ اوپر بیان کئے جا چکے ہیں۔

دائیں بطنین کی بیش پرورش کے امارات چپ جانبی بیش پرورش کے امارات سے مماثل ہوتے ہیں۔ ممکن ہے کہ ثمراسیف (epigastrium) پر ایک انکماش صدم (systolic impulse) نظر آئے، بچوں اور دُبلے پتلے افراد میں جب ہاتھ کو ثمراسیف میں اور بائیں ضلعی حاشیہ کے نیچے رکھ کر اوپر کو گھسیا جاتا ہے تو دایاں بطنین حقیقتاً اس کے پاس ضرب لگاتا ہوا محسوس ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ ضربتہ الراس (apex beat) بھی کسی قدر بائیں طرف کو منتقل ہو گئی ہو اور پیش قلبی اصمیت بڑھ گئی ہو۔  
 استماعی امارات پر غور ہو چکا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 218)۔

دائیں اور بائیں بطنین کی اضافی بیش پروردگی کے متعلق غالباً صحیح ترین معلومات برقی قلب نگار سے حاصل ہو سکتے ہیں (ملاحظہ ہوں اشکال ۲۷ اور ۲۸)۔ راست جانبی غلبہ میں م انصراف (S. deflection) پہلی تقوید (Lead I) میں، اور ل انصراف (R. deflection) تیسری تقوید میں بڑھ گئے ہیں، چنانچہ اشکال کے اندر بطنی علاقیات

”heart lung preparation“) میں یہ تجربہ واقع ہو جائے (Starling)۔

امراضیات - اتساع کی دو قسمیں ہیں - (۱) اورطی اور مطرانی باز روی (aortic and mitral regurgitation) کا تعویضی اتساع (compensatory dilatation) جو اس وجہ سے ہوتا ہے کہ قلب کا وہ خاص گوشک خون کی طبعی مقدار کے علاوہ (جو اس پیشکش سے آتی اور عام دوران خون میں آگے بھجادی جاتی ہے) باز رفتہ خون کی فاضل مقدار کو بھی اپنے اندر جگہ دے دیتا ہے۔ یہ حالت اس امر کے متناقض نہیں ہے کہ عضلہ قلب بالکل تندرست ہو - (۲) پھر وہ اتساع ہے جو دباؤ کے باعث بطبعی دیواروں کے ڈھیلا ہو جانے کی وجہ سے ہوتا ہے، جس کا فشر تعویض ایک لازمی نتیجہ ہے اور جس کے ساتھ اکثر عضلی قلبی مرض پایا جاتا ہے (جو ملاحظہ ہو) - اسٹارلنگ (Starling) کے تجربات سے مترشح ہوتا ہے کہ اتساع کی یہ دوسری قسم بھی ایک تعویضی میکانیت ہو سکتی ہے، جو قلب کو زیادہ زور کے ساتھ ضرب لگانے کی قابلیت بخشتی ہے، کیونکہ قلب کے عضلی ریشہ کا ارتخا (relaxation) جتنا زیادہ ہو، ضرب اتنا ہی زیادہ قوی ہوگی۔ اسے ”قانون قلب“ (”Law of the Heart“) کہتے ہیں۔

قلب کا غنیف سا اتساع عضلی ورزش کے دوران میں طبعی طور پر بھی ہوتا ہے، اور اس کا اثر یہ ہوتا ہے کہ ہر ضرب کے ساتھ خون کی برآد زیادہ ہو جاتی ہے۔ لیکن لاشعاعی شہادت کی بناء پر یہ بالکل یقینی ہے کہ ورزش کے فوراً بعد قلب طبعی طور پر سکڑ جاتا ہے اور اس کی جسامت بہ نسبت اس کی سکونی جسامت کے کسی قدر چھوٹی ہو جاتی ہے۔ اس کے برعکس، یہ پایا گیا ہے کہ آغا ز پذیر فشر قلب کی اصابتوں میں قلب عضلی ورزش کے بعد اتساع ظاہر کرتا ہے۔

مرضی تشریح - قلب کی جسامت اور فشر پر جو اثرات پیدا ہوتے ہیں وہ کثرت کے لحاظ سے مختلف ہوتے ہیں۔ عمومی اتساع میں قلب زیادہ گلوبوچونا ہو کر عوضاً چوڑا ہو جاتا ہے۔ قسح بایاں بطین بائیں جانب کی طرف بڑھ جاتا ہے۔ جب دایاں بطین زیادہ قسح ہوتا ہے تو قلب کی مثلثی شکل باقی رہتی ہے، وہ زیادہ گلوبوچونا ہو جاتا ہے، اور اس تمام تر بایں بطین سے بننے کے بجائے جزو دائیں سے بھی بنتا ہے۔ دیواروں کی دبانت کا انحصار اس پر ہوگا کہ اتساع کے ساتھ بیش پرورش بھی موجود ہے یا نہیں۔



اتساع کے ساتھ دیواروں کا پتلا پن موجود ہوتا تو بطبعی دیواریں گھٹکر ۱۰ انچ کے برابر، اور اس پر اس سے بھی کم ہو سکتی ہیں، لہذا اس عموماً سب سے زیادہ پتلا حصہ ہوتا ہے۔ اذینی بطبعی دہنے اتساع میں شرکت کرتے ہیں، اور اکثر ان کے معراحوں کی عدم کفایت (incompetence) پیدا ہو جاتی ہے۔ ممکن ہے کہ اذینوں میں بھی بہت زیادہ اتساع واقع ہو جائے، اور اس کے ساتھ اکثر اذینی دیواروں کی کثیفیت پرورش موجود ہوتی ہے۔

**طبعی امارات۔** قلب کی بڑھی ہوئی جماعت، [جیسی کہ پیش قلبی اسمیت (præcordial dulness) کی زیادتی سے یا لاشعاعوں سے پیدا شدہ قلبی چھائیں کی کلائی سے ظاہر ہوتی ہے] بیش پرورش، یا اتساع، یا ان دونوں کے امتزاج کے باعث ہو سکتی ہے، لیکن اغلب یہی ہے کہ اگر ان طریقوں سے کوئی بہت بڑی کلائی مشاہدہ میں آئے تو وہ خاص کر اتساع کے باعث ہوتی ہے۔ کوئی کلائی جو عظم الفتن سے دائیں جانب ہو اذینی اتساع کے باعث ہوتی ہے، کیونکہ اذینی دیوار، اگرچہ وہ بڑی بھر پوری ہو، تاہم بالکل پتلی ہوتی ہے۔ اور یہ تقریباً ہمیشہ دائیں اذین کا اتساع ہوا کرتا ہے۔ لیکن مطرانی مرض کی متعدد اصابتوں میں، جن میں بائیں اذین کی بے انتہا کلائی ہوتی ہے، بائیں اذین نے حقیقتاً قلب کا دایاں کنارہ بنا دیا ہے (11)، کیونکہ بایاں اذین ہمیشہ دائیں طرف ہی کلائی یافتہ ہوتا ہے۔ بین الاضلاع فضاؤں میں قسح اذین پر انخیاں رکھ کر اگر ضرب قلب کو محسوس کر لینا ممکن ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ بائیں اذین کا اتساع مری پر دباؤ ڈال کر عسر البلع (dysphagia) پیدا کر دے، اور بائیں حجابی عصب (phrenic nerve) پر دباؤ ڈال کر بظاہر بائیں حجاب ماحز کا استرخا رہی پیدا کر دے، جو راقم الحروف نے ایک مریض میں دیکھا ہے۔ ممکن ہے کہ وہ بائیں کشش کے زیریں حصے کو یا بائیں شعبۂ کو دبا کر پھکا دے، یا بائیں جبل الصوت (vocal cord) کا شکل پیدا کر دے۔ جب مریض لاشعاعی ٹیوب (انبوبہ) کی طرف منہ کر کے، اور اپنا دایاں شانہ شاہد کی طرف رکھ کر ترچی وضع میں کھڑا ہو تو اس کے بائیں اذین کا مشاہدہ لاشعاعی پرے پر کیا جاسکتا ہے۔ اگر بیریم (barium) سے مری کا خاکہ حاصل کیا جائے تو یہ اپنی جگہ سے ہٹتی ہوئی نظر آئے گی۔

بلیینوں کا اتساع، پیش قلبی اصمیت (præcordial dulness) اور لاشعاعی چھاؤں کی زیادتی عظم القصر (sternum) کے بائیں طرف پیدا کر دیتا ہے۔ انتہائی اصابعوں میں بہ چھاؤں سینہ کی بائیں دیوار تک پہنچ جاتی ہے اور مقدم اب بغل میں محسوس کیا جاسکتا ہے، لیکن ممکن ہے یہ کمتر اور کمزور ہو۔ بائیں بلیین کے اتساع کے ساتھ اکثر ایک انکماش خیر (systolic murmur) موجود ہوتا ہے، جو مطرانی بازروی (mitral regurgitation) کے باعث ہوتا ہے، اسی طرح دائیں بلیین کا اتساع اکثر مثلی بازروی (tricuspid regurgitation) پیدا کر دیتا ہے۔

### تعویض (compensation) کا فشل

فشل تعویض، قلب کی دونوں جانبوں میں بیک وقت ہوتا ہے، یا راست جانبی یا پیپ جانبی ہوتا ہے۔ آخر الذکر نسبت حال ہی میں دریافت ہوا ہے۔

امراضیات - تندرست موضوع پر لاشعاعی مشاہدات کرنے پر یہ ثابت

ہوا ہے کہ شہیق کے ختم پر قلب اور پیچھےڑوں میں اس سے زیادہ خون ہوتا ہے کہ

متنازیر کے ختم پر، نیز یہ کہ مزار بند کر کے زور دار شہیق کی کوشش کرنے پر قلب اور

پیچھےڑے خون کے محقق ہو جاتے ہیں [مُلر (Muller) کا تجربہ]، حالانکہ مزار بند کر کے

زور دار زفیر کرنے پر یہ خون سے خالی ہو جاتے ہیں [والسلوا (Valsalva) کا تجربہ] جیسا

صفحہ نمبر ۱۳ میں دکھایا گیا ہے۔ ان مشاہدات کی واحد توجیہ یہ ہے کہ بائیں اور دائیں

بلیینوں کے درمیان ایک عارضی ناہم آہنگی واقع ہو جاتی ہے۔ طبعی حالات میں ایک

دی ہوئی مدت کے اندر پیچھےڑوں میں دائیں بلیین کی برآمد اور نظامی دوران خون

میں بائیں بلیین کی برآمد مساوی ہوتی ہیں، اور اگر یہ دونوں برآمدیں مساوی نہ ہوں تو

پیچھےڑے خون سے محروم یا محقق ہو جاتے ہیں۔ والسلوا کے تجربہ میں یہ خون سے

محروم ہو جاتے ہیں اور اس کی وجہ یہ ہے کہ دائیں بلیین کو پیچھےڑوں کے اندر ایک بلند

ثبت دباؤ کے خلاف فعل کرنا پڑتا ہے اور بائیں بلیین کے مقابلہ میں اس کا عارضی طور

پر فٹل ہو جاتا ہے۔ ملر کے تجربہ میں دائیں بلیین کو منفی دباؤ سے مدد ملتی ہے اور پیچھےڑوں

میں اس سے زیادہ خون پمپ (pump) ہوتا ہے کہ جتنا بائیں بلیین کے ذریعہ خارج



الف۔ سینہ طبعی شہین کے ختم پر۔ (والسلو کا تجربہ) سانس کو روک کر تسد کے خلاف زور وار زقیر کرنے کی انتہائی کوشش کی جاتی ہے نبض کلانی پرمحسوس نہیں کی جاسکتی تھی۔ لیکن پروہ پر سایہ ڈالنے پر قلب خفیف حرکات کرتا ہوا دکھائی دیا۔



ب۔ سینہ طبعی شہین کے ختم پر۔ سانس کو روک تسد کے خلاف شہیق کرنے کی انتہائی کوشش کی جاتی ہے۔ (جی۔ پی کروڈن G. P. Crowden) کا مشاہدہ جو مجلہ شفا خانہ کانی سے طبع کیا گیا)

ہو سکتا ہے۔ یہ احتقان اضافی چپ جانبی فشل ظاہر کرتا ہے۔

عضلی قلبی انعطاف کے ایک مریض پر ایک مسدود دورتی تنفسی آلہ کے ذریعہ متاہدات کرنے سے یہ ثابت ہوا ہے کہ قلب اور ریوی ذور کا ایسا احتقان، جو کہ حاد چپ جانبی فشل کا نتیجہ تھا، عضلی محنت کی اثناء میں پیدا ہوا اور آرام کے پہلے ایک دو منٹ کے اندر غائب ہو گیا اور اس صورت حالات کو آکسیجن کے ذریعہ تسکین ہوئی (10)۔ یہ رائے دی گئی ہے کہ اس نوعیت کا حاد چپ جانبی فشل مقابلتہ بہت عام ہے اور اس کے نتیجہ کے طور پر تاہمی عمل (vagal action) کے ذریعہ معکوس طور پر شعبتوں کا شنج واقع ہوتا ہے، اور انتہائی اصابتوں میں، جبکہ استلا کے بعد اُذیا واقع ہو جاتا ہے، چھوٹے چھوٹے شہتی ہانپوں (gasps) سے منقطع ہونے والا طالت پذیر گنگرہ دار زیری واقع ہوتا ہے۔ یہ ایک محافظی کامیہ ہے کیونکہ اہلست پذیر زیری پھیپھڑوں کے اندر دباؤ کو زیادہ کر دیتا ہے اور اس طرح بیش فعال دائیں بطن کو روکتا ہے، نیز دروں ریوی دباؤ کی تخفیف کا نہایت ہی خطرناک عرصہ ممکنہ مدت تک چھوٹا ہو جاتا ہے۔

**مرضی تشریح -** چپ جانبی فشل میں پھیپھڑے متاثر ہوتے ہیں ابتدائی

درجوں میں محض پھیپھڑے کے وریدی اصلیات (venous radicles) کی زائد معمولی (fulness) ہوتی ہے۔ مزید برآں اکثر ہوائی حوصلات اور دقیق شہی انہویات کے اندر وصل کا عبر ارتشاح (transudation) ہوتا ہے، جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ شش کو تراشنے پر اُس سے زردی مائل یا تقریباً بے رنگ بھاگدار مائع کی ایک مقدار نکلتی ہے۔ ترقی یافتہ اصابتوں میں شش کے ماؤف ترین حصے ٹھوس، لومدار، بے ہوا، خون زادلون کی موجودگی کی وجہ سے رنگ میں بھورے اور یکساں طور پر چمکنے ہو جاتے ہیں۔ اس حالت کو قلبی شش (heart-lung) یا بھورا تصلب (brown induration) کہا جاتا ہے۔ بھورا تصلب اور معمولی اُذیا دونوں بالخصوص زیریں لٹھوس کے قاعدوں کو ماؤف کرتے ہیں۔ دوران خون میں مقامی مداخلت ہونے کی وجہ سے اکثر پلیورائی کہنہ کے اندر سہال کا کیتقدر عبر ارتشاح (استقائے صدر = hydrothorax) واقع ہو جاتا ہے، اور شہی التهاب، ذات الریہ، یا ذات الجنب کی شکل میں شش کے التهابی ضرات کا میلان پیدا ہو جاتا ہے۔ ان اثرات میں کوئی اثر ایسا نہیں جو کہ لازماً

دو جانبی ہو۔ ارتشحات اکثر اس جانب کو متاثر کرنے کا رجحان رکھتے ہیں کہ بدرجہہ بڑھتا لیفتا ہے۔

راست جانبی فستل میں زیر جلدی بافتوں کا عمومی اُڈیا ہوتا ہے، جو کہ استسقاءئے کلی کہلاتا ہے۔ افقی وضع میں متلی شدہ اور استسقاءی رقبہ دھڑکیں شروع ہوتا ہے اور خون کے حجم کے ازویا د کے ساتھ ساتھ یہی طور پر پھیلنے کا رجحان رکھتا ہے۔ استسقاءشے خرقی اور باریطونی استسقاء بھی موجود ہوتے ہیں۔ استسقاء وضع تر دھڑکی وریدیں، جاذبہ کے آخر کے تحت، مجتمع خونی سے کسی حد تک خالی ہو جاتی ہیں جو کہ ٹانگوں کے طرف سے واقع ہوتا ہے، چنانچہ ٹانگیں متلی رقبہ کا جزو بن جاتی ہیں، اور ٹانگے بڑھی ہوئی رآمد کی وجہ سے بھول جاتے ہیں۔ سر اور بالائی حصے بڑھے ہوئے لمفی انجذاب کی وجہ سے سکڑ جاتے ہیں۔ اسی طرح اگر سر اور بازو نیچے کو لٹکے ہوں ہوں تو یہ حصے متورم ہو جاتے ہیں اور ٹانگیں سکڑ جاتی ہیں۔ ایک نہایت ہی ترقی یافتہ اصابت میں متلی شدہ رقبہ اوپر ٹانگوں میں پھیل جاتا ہے، اور اس طرح وہ ذہن ٹانگیں ساری کی ساری، اور دیوار شکم بے حد متورم ہو جاتے ہیں۔ حقیقت یہ ہے تقریباً تمام مسم کی وریدیں اس طرح متاثر ہو سکتی ہیں۔ ایسا معلوم ہوتا ہے کہ جسم۔ طریقہ اس لئے استعمال کرتا ہے کہ وہ اپنے عروق کو کثرت الدم (plethora) سے محفوظ رکھنے کے لئے فاضل سیال کو ذخیرہ رکھے، کیونکہ گردے اپنی امتلائی حالت کی وجہ سے اس کو خارج نہیں کر سکتے (54)۔

کبدی وریدیں تھناتی ورید اور جوف کے اندر دائیں اذین سے استقدر قریب واپس ہوتی ہیں کہ مرض قلب کا اثر جگر کے دوران خون پر باسانی سمجھ میں آ سکتا ہے۔ جگر بہت بڑا ہوتا ہے، اور رنگ میں نسبت زیادہ سیاہ ہوتا ہے، اور ترقی یافتہ اصابت میں سرخ، زرد، اور سپید دھتوں کا ایک عجیب منظر اختیار کر لیتا ہے، جس پر جو نری جگر (nutmeg liver) کے نام کا اطلاق کیا گیا ہے۔ تراشنے پر ہر ٹکڑ میں آب بڑھی ہوئی کبدی ورید کی بیخک (rootlet) جاگزیں نظر آتی ہے، جو مٹا کٹ گئی ہے، اور ٹھنک کا متصل مرکزی منطقہ سیاہ سرخ یا ارغوانی ہوتا ہے۔ اس سے باہر ایک زرد رنگ کا منطقہ ہے جو اس کے اندر صغیر، مجسوس ہونے کی وجہ سے

ایسا ہے۔ لیکن نٹک کا بیرونی منظر سپید یا رمادی رنگ کا ہے، جو خود میں کئی نیچے ایسے خلیوں پر مشتمل نظر آتا ہے جو ترقی یافتہ قہمی انخراط کی حالت میں ہیں۔ گردے۔ یہ متلی ہوتے ہیں اور اسیرج سے نسبتہ بڑے اور سیاہ رنگ کے لیکن ممکن ہے کہ طویل المدت املاء کی وجہ سے یعنی بافت کی کچھ مقدار نمویاب ہو جائے، اور وہ اپنی بیقاعدہ توزیع اور انقباض سے سطح کی ذراتی حالت پیدا کر دے۔

طحال سخت اور معمول سے زائد سیاہ ہو جاتی ہے، اور اگرچہ اس کی جسامت مختلف ہوتی ہے لیکن اکثر وہ چھوٹی ہوتی ہے۔ معدے اور آنت کا املاء، طحال کے املاء کی طرح، بلاشبہ جگر کے املاء سے ثانوی طور پر ہوتا ہے، کیونکہ ان احشاء سے ماخوذ وریدیں خود کو بابی ورید (portal vein) کے اندر خالی کرتی ہیں۔ غشائے مخاطی متلی ہو جاتی ہے، اور ممکن ہے کہ موت کے بعد عروق کا بڑا تمدد، اور بعض اوقات غشائے مخاطی کے جرم کے اندر نزفات نظر آئیں۔

## عضلہ قلب کے امراض

### التهاب عضلہ قلب

(myocarditis)

التهاب عضلہ قلب یا تو حاد ہو سکتا ہے یا مزمن۔ مزمن التهاب عضلہ قلب (chronic myocarditis) محض یعنی تغیر کے آخری درجہ میں شناخت ہو سکتا ہے، اور اس کا ذکر یعنی انخراط کے بیان میں شامل ہے (ملاحظہ ہو اگلا صفحہ)۔ حاد التهاب عضلہ قلب (acute myocarditis) ہمیشہ حتمی و مائتہ کے جزو کے طور پر التهاب تاء مور (pericarditis) یا التهاب غشائے قلب (endocarditis) کے تعلق میں واقع ہوتا ہے، اور بعد میں بیان کیا جائے گا۔ لیکن عضلہ قلب کسی بھی مادہ بخاریں موقوف ہو سکتا ہے، اور خناق و بابی (ملاحظہ ہو) میں علامات سب سے زیادہ میسر

ہوتے ہیں۔ انہی قلب کا ایک زیادہ مقامی التهاب اکلیلی علقیت اور نصیبۃ التهابیہ وں قلابہ (inalignant endocarditis) سے پیدا ہو جاتا ہے، جس میں ایک مصراع کا تفرق اس کے قاعدے تک پھیل کر پھر عضلہ پر حملہ آور ہو جاتا ہے۔ یا جس میں نابجائیاں یعنی روئیدگیاں (vegetations) یا نیم جدا شدہ ریزے فرک یا ٹاس کے ذریعہ ذہول قلب کے متفرع حصوں میں تفریح پیدا کر دیتے ہیں، اور عضلہ قلب کو ماؤف کر دیتا ہے۔

ایک تیسری قسم تغیبی التهاب عضلہ قلب (suppurative myocarditis) ہے، جو خاص کر تغیب الدم کا نتیجہ ہوتا ہے۔ برہم قلب میں چھوٹے چھوٹے پھوڑے ہو جانے ہیں، جو زیادہ تر باکٹریاں بطین کی دیوار میں ہوا کرتے ہیں، اور یہ تادمور سے اس قدر فریب پہنچ سکتے ہیں کہ اس کے کہف کے اندر پھوٹ کر مادہ التهاب تادمور پیدا کر سکتے ہیں۔ اس قسم کا التهاب عضلہ قلب اکثر مادہ التهاب لب عظم (acute osteomyelitis) کے بعد ثانوی طور پر ہوا کرتا ہے اور اس کا علاج وہی ہوتا ہے جو کہ اولی مرض کا ہے، لیکن انداز تقریباً ہمیشہ یا اس انگیز ہوتا ہے۔

## انحطاط عضلہ قلب

انحطاط لونی (pigmentary degeneration) - (بھورا ذہول قلب)

(brown atrophy of the heart) - قلب معمول کی نسبت چھوٹا ہوتا ہے، اور اس کے عضلی ریشے بجائے کال ٹریخ رنگ کے ہونے کے دھندلا بھوسا سرخ رنگ رکھتے ہیں، اور قدرتی حالت کے مقابلہ میں زیادہ نرم اور زیادہ مست (friable) ہوتے ہیں۔ خردبین کے نیچے ریشکوں (fibrillae) کے اندر متعدد باریک زرد ذرات نظر آتے ہیں۔ انحطاط لونی شیخوخی (senile) اور ضعیفی (cachectic) حالتوں میں واقع ہوتا ہے، اور دوسرے اعضا کے مرض نصیب کی مہلک اسبابوں میں عام ہے۔

254

شحمی انحطاط (fatty degeneration) عضلی ریشوں کے اس تغیر کی تفریق چربی کے اس جماؤ سے کرنی چاہئے جو قلب کے گرد ہو جاتا ہے۔ آخر الذکر حالت میں تادمور کے نیچے معمولی شحمی بافت کا جماؤ ہو جاتا ہے، اور یہ عضلی ریشوں پر اسوجہ سے حملہ آور ہوتی ہے کہ ان ریشوں کے درمیان کی توصلی بافت کے خلیے چربی سے

لہے ہوئے ہو جاتے ہیں۔ اول الذکر حالت یعنی حقیقی شحمی انخطاط میں عضلی ریشک خود دقیق شحمی ذرات کا سنگن ہو جاتے ہیں، جو حقیقی لحمی عناصر (sarcous elements) کی جگہ لے لیتے اور عضلہ کی اتنی ہی انقباض پذیر بافت کو تلف کر دیتے ہیں۔ حقیقی شحمی انخطاط مختلف شکلوں میں واقع ہوتا ہے، ممکن ہے کہ عضلی دیوار یکساں طور پر ماؤف ہو جائے، یا شحمی تغیرات ایک چھوٹی چمکتی تک محدود ہوں یا اس تک جو تا دمور کے نیچے واقع ہے، جیسا کہ التهاب عضلہ قلب (myocarditis) میں بیان کیا گیا ہے، یا یہ انخطاط قلب کی اندرونی سطح پر دھاریوں اور خطوط کی صورت میں ہو۔ جب یہ عارضہ عمومی ہوتا ہے تو قلب کا قوام نسبت زیادہ نرم ہو جاتا ہے، زیادہ آسانی کے ساتھ دریدہ (lacerated) ہو جاتا ہے، اس کا رنگ پھیکا لکڑی یا زرد ہوتا ہے، اور ماؤف عضلی بافت کے ڈھیلا پڑ جانے کی وجہ سے وہ معمول کی نسبت کس قدر زیادہ بڑا ہو جاتا ہے۔ جب چربی خطوط یا دھاریوں کی صورت میں جمتی ہے تو اس سے ایک میز شکل پیدا ہو جاتی ہے، اور پچکے زرد رنگ کے خطوط نسبت زیادہ سیاہ، ٹریخ عضلہ پر اکثر ایک چمک کبریٰ لٹی کے نشانات کی طرح مرتب ہوتے ہیں۔ یہ زیادہ تر عضلات طیبیہ (musculi papillares) پر، دونوں بطینوں کی پھیلی دیواروں پر، اور دائیں بطین میں فاصل پر دیکھے جاتے ہیں۔ شحمی انخطاط بیش پروردہ قلوب پر عام ہوتا ہے، اور اسوقت بھی موجود ہو سکتا ہے جبکہ عضلہ طبعی رنگ کا ہو۔

بحث اسباب۔ قلب کے شحمی انخطاط کے اسباب عمومی اور مقامی ہوتے ہیں۔ ممکن ہے یہ انخطاط کے ایک ایسے عام رجحان کا نتیجہ ہو، جیسا کہ زیادہ عمر میں واقع ہوا کرتا ہے، اور اس کے ساتھ آتھروما (atheroma) یا آتشکی تغیرات کے باعث اکیلی ٹرائین (coronary arteries) کا تنگ ہونا ہے، جس سے دیوار قلب کا تغذیہ کم ہو جاتا ہے۔ اس کے برعکس شحمی انخطاط متلف مدم دمویت (pernicious anemia) میں ہمیشہ، اور مدم دمویت کی دوسری قسموں میں اکثر پریور (purpura) اور اسکروی (scurvy) میں، اور ضعفی حالتوں، جیسے کہ سبیل ریوی اور سرطان میں دیکھا جاتا ہے، نیز فاسفورس، اور بعض معدنی اشیاء (سیسہ، ٹرمہ، سنکلیا) کے تنعم میں اور مزمن الکھلیت میں۔ بیشتر عام عمومی امراض میں، عضلی ریشوں کی



ایک دقیقہ ذرا قی حالت کی وجہ سے، قلب کا قوام تبدیل ہو جاتا ہے، اور یہ حالت غالباً شحمی انحطاط سے جدا گانہ نہیں۔ تپ معویہ اور ٹائفوس (typhus) میں 'زرد بخار' خناق وبائی، میچیک اور کسرا میں یہی حالت ہوتی ہے۔ شحمی انحطاط التهاب عضلہ قلب (myocarditis) سے بھی پیدا ہو جاتا ہے، اور طویل المدت مصرامی مرض اور گرنے کے مرض کے تعلق میں دیکھا جاتا ہے۔

قلب کی شحمی بیش بالیدگی یا دروغختگی، سابق میں یہ ایک جدا گانہ مرض کے طور پر بیان کی جاتی تھی۔ اس میں نہ صرف قلب کا بیرون شحم سے لدا ہوا ہوتا ہے، بلکہ شحمی دھاریاں عضلی دیواروں کے اندر گھسی ہوئی نظر آتی ہیں۔ یہ فرق بھی کی امتیازی خصوصیت ہے اور اسی عنوان کے تحت بیان کی گئی ہے۔

لیفی انحطاط (fibroid degeneration) انحطاط کی اس قسم میں قلب کی جگہ سپید لیفی یا تو میلی بافت لے لیتی ہے۔ بیشتر مثالوں میں یہ تغیر جزئی ہوتا ہے، جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ عضلی جرم کی گہرائی میں سپید، زردی مال سپید، یا بھورے رنگ کی دھاریاں اور چمکتیاں نظر آتی ہیں۔ یہ بطین کے زیریں ایک ثلث، فاصل کے زیریں ایک ثلث، عضلات ملیسیہ اور بعض اوقات مرضی مصراعات کے قاعدوں کو مٹا کرتا ہے۔ صرف کبھی کبھی ایسا ہوتا ہے کہ بطین تقریباً تمام تر لیفی ساخت میں تبدیل ہو جاتا ہے، لیکن ایسی صورت میں بھی خرد بینی امتحان کرنے پر عضلی ریشہ کے کچھ آثار نظر آ جاتے ہیں۔ لیفی مرض میں مبتلا شدہ قلب عموماً بیش پروردہ ہوتا ہے، اور ممکن ہے کہ تشع بھی ہو، یا منقسم تار مور (adherent pericardium) رکھتا ہو۔ دیوار قلب کا مٹاؤ شدہ حصہ اکثر معمول سے زیادہ پتلا ہوتا ہے، اور ممکن ہے کہ وہ باہر کو ابھر کر ایسا کھلا ہوا ہو کہ ایک نمایاں انورسما بنا دے۔

حکمت اسباب۔ لیفی انحطاط اکثر روماتزمی التهاب عضلہ قلب (rheumatic myocarditis) کا نتیجہ ہوتا ہے، اور زیادہ نمایاں اصابتوں میں اس کے ساتھ تار موری (pericardial) یا دروں قلبی (endocardial) صراست کی موجودگی بعض اوقات اس کے التهابی تبدل کو ظاہر کر دیتی (مزمن التهاب عضلہ قلب = chronic myocarditis، رخنکی التهاب عضلہ قلب = interstitial)

(myocarditis) اس کے برعکس تلیف قلب (fibrosis of the heart) اکثر اکیلی شرانین کی مسدودی کے بھی باعث ہوتا ہے اور ممکن ہے کہ شحمی انحطاط کے ساتھ متلازم ہو۔ ان حالات میں خون کی رسد فاعلی عضلہ کے تغذیہ کے لئے ناکافی ہوتی ہے۔ آخر اگر عضلہ مذبول ہو کر اس کی جگہ شحمی یا لیفی بافت لے لیتی ہے۔ اگر اکیلی شرانین کی مسدودی خاصی تیزی کے ساتھ واقع ہو جاتی ہے تو شحمی انحطاط پیدا ہو جاتا ہے لیکن اگر مسدودی زیادہ مزمن ہو تو لیفی تغیر کا غلبہ ہوتا ہے۔ قلب میں تلیف اکیلی علقیت یا انعام (infaret) کا ایک ثانوی نتیجہ بھی ہو سکتا ہے۔ نیز وہ عموماً مزمن شعبی التهاب نفخ (chronic bronchitis) 'مرض برائٹ' اور شرانی صلا (arterio-sclerosis) کے ساتھ متلازم ہوتا ہے۔ یعنی انحطاط الکعلیت یا طویل المدت استلا (congestion) کی وجہ سے ہو سکتا ہے۔

**آتشک**۔ اس مرض کے ضرات التهاب شرانی (arteritis) یعنی ندب (آتشی التهاب عضلہ قلب = syphilitic myocarditis) یعنی تودوں یا واضح صمغیہ (gumma) کے طور پر واقع ہوتے ہیں۔ ممکن ہے کہ یہ صمغیہ ٹھینی (cheesy) ہو، اور یہاں تک ممکن ہے کہ مرکز میں نرم ہو رہا ہو، اور قلب کے عضلی جرم کو اسی طرح مآؤف کرے جس طرح کہ ارادی عضلات کو اور اس پاس کی قدر التهاب پیدا کرے۔ صمغیہ (gumma) عموماً بطینوں کی دیواروں میں واقع ہوتا ہے۔ ماسوائے ان علامات کے جو عضلہ قلب کے انحطاط کے عنوان کے تحت بیان ہو چکے ہیں، وہ اور کوئی متمیز علامات نہیں پیدا کرتا۔ بعض اوقات اذینی بطینی بنڈل (A. V-bundle) مآؤف ہو کر علامتیہ ایڈم اسٹوکس (Adams-Stokes' syndrome) پیدا کر دیتا ہے۔

**تدرن (tubercle)**۔ التهاب تادمور کے تعلق میں درنوں کا بننا شاذ نہیں۔ جب ایسا ہوتا ہے تو وہ سپیدی مائل رمادی یا زردی مائل آریکاٹ (granulations) کے طور پر، بیشتر تادموری کہنہ کی تہوں کو جوڑنے والے تادموری لطف یا غشائے کاذب کے جرم میں، یا بعض اوقات حقیقتہ حشائی تادمور (visceral pericardium) کی تہ کے نیچے پائے جاتے ہیں۔ وہ عمومی تدرن کے دوران میں واقع ہو سکتے ہیں، اور ممکن ہے کہ دوسری جگہ ترقی یافتہ ثانوی تدرن موجود ہو۔ ان حالات میں تشخیص صرف التهاب تادمور

پیدا ہو جانے سے ہو سکتی ہے، لیکن یہ یاد رکھنا چاہئے کہ اس کے علاوہ ایک الہتاپ دموڑ جو تدریجی نہیں ہوتا، سہل ریوی کے دوران میں پیدا ہو سکتا ہے۔ ڈرنہ کے جدا جدا جاذو (isolated deposits) نہایت شاذ ہیں۔

**انخطاط عضلہ قلب کے علامات**۔ ابتدائی اصابتوں میں مریض محنت پر سانس کے پھول جانے کی شکایت کرتا ہے۔ ممکن ہے کہ پیش قلبی درد موجود ہو، جو رشتہ کے بعد معلوم ہو، یا واضح ذریعہ حملے (anginal attacks) ہوں۔ ممکن ہے کہ مریض نامنی حملوں (cerebral attacks) میں مبتلا ہو جائے، جن کے ساتھ بے ہوشی اور تشنات ہوں لیکن یہ حملے غالباً قلبی میکائیت کی کسی ایسی غیر طبعی حالت کے باعث ہوتے ہیں، جیسے کہ قلبی سدودی (heart-block)، یا عصب تائیہ کا ہیجان (vagal stimulation)۔ ارشہا ہمیشہ کم ہوتی ہے، اور ممکن ہے کہ مریض سوہ مضام کی شکایت کرے۔ بعض اوقات صرف انہیں علامات کی شکایت ہوتی ہے، اور دریافت کرنے پر محنت کرنے پر سانس پھولنے کی سرگزشت سے پتہ چلتا ہے کہ معدی علامات کا اولی سبب قلب ہے۔ طبعی امارات جو عضلہ قلب کے انخطاط سے منسوب کئے جاتے ہیں یہ ہیں:- کمزور صدم القلب، جس کے ساتھ قلب کی پہلی آواز دھیمی ہوتی ہے، جو ممکن ہے کہ اور طبعی رقبہ پر دوسری آواز کی شدت کے برابر یا اس کی نسبت کم ہو جائے۔ شدت آواز کی اس کمی کی وجہ سے مسماع الصدر کے ذریعہ امتحان کرنے پر آوازیں ٹمک ٹمک نوعیت کی (tic-tac character) ہو جاتی ہیں اور ان کی یہ نوعیت انبساطی وقفہ کے اضافی قصر سے اور بھی زیادہ نمایاں ہو جاتی ہے کیونکہ وہ آوازوں کو زیادہ مساوی اصل (more evenly spaced) بنا دیتا ہے۔ قلب قمع پایا جاتا ہے۔ مال ہی میں عضلہ قلب کے تغیرات ظاہر کرنے والے مریضوں کے ایک گروہ میں علامات (symptomatology) کا نہایت غور و فکر کے ساتھ مطالعہ کیا گیا ہے (12)۔ یہ اصابتیں نہایت عام طور پر پائی جاتی ہیں۔ مریض زیادہ عمر والے ہوتے ہیں۔ انہیں سانس پھولنے کی شکایت ہوتی ہے، جو ابتداء محنت کرنے پر پیدا ہوتی ہے لیکن بعد میں وہ کم و بیش مستقل طور پر بہور (dyspnoeic) ہو جاتے ہیں بعض مریضوں میں چن اسٹوکس کا تنفس (Cheyne-Stokes breathing) ہوتا ہے، اور بعض دوسرے

مریضوں میں بے انتہا گستہ نفسی کے ناگہانی حملے ہو جاتے ہیں، جو خامکرات کے وقت ہوتے ہیں، اور جو ایک اصطلاح قلبی دمہ (cardiac asthma) کے نام سے بیان کئے جاسکتے ہیں۔ دوری بھر کے یہ حملے بسا اوقات ایک کس قدر بے قاعدہ پٹن اسٹوکنس تنفس کی بھری ہیئت ہوتے ہیں۔ ممکن ہے کہ انتصابی تنفس (orthopnoea) موجود ہو یا نہ ہو۔ زراق متاثر طور پر غیر موجود ہوتا ہے، اور اگر موجود ہو بھی تو اس کی مقدار اتنی نہیں ہوتی کہ جو بھر کی توجیہ کے لئے کافی سمجھی جائے۔ قلب کی شرح عموماً زیادہ ہو جاتی ہے۔ ممکن ہے کہ ضرب کی میکا نیت طبعی ہو، لیکن عام بیتا عدگیاں، جیسی کہ وہ جو قلبی مسدودی، اذینی ریٹکی انتقباض (auricular fibrillation)، مستزاد انجماشات، اور تبادل (alternation) کی وجہ سے ہوتی ہیں، موجود ہو سکتی ہیں۔ قاب جسامت میں زیادہ ہو جاتا ہے۔ خیرات (murmurs) موجود ہو سکتے ہیں۔ جسمانی تپش درجہ طبعی سے نیچے (subnormal) ہونے کا رجحان رکھتی ہے۔ فٹل قلب کے ترقی یافتہ امارات جیسے کہ استقائے کلی (anasarca)، پھیپھڑوں اور جگر کا امتلاء، موجود ہو سکتے ہیں۔ خون میں یوریا (urea) کا کس قدر احتباس (retention) ہوتا ہے، لیکن اس کی قدریں (values) انتہائی نہیں ہوتیں، یعنی زیادہ سے زیادہ ۱.۵ فیصدی اور عموماً ۰.۵ فیصدی (طبعی قدر ۰.۳-۰.۵ ہوتی ہے)۔ آلبیومن بولیت معہ بامک (casts) کے موجود ہو سکتی ہے، اور تا وقتیکہ وریڈی رکود (venous stasis) کے امارات موجود نہوں، قارورہ حجم میں زیادہ ہو جاتا ہے۔ امتحان بعدالائمات ظاہر کرتا ہے کہ قلب کی ترقی یافتہ اکیلی صلابت (coronary sclerosis) موجود ہے، اور ممکن ہے کہ شعلی غلط بھی موجود ہو۔ گردے عروق کی دبازت اور کس قدر تلیف (fibrosis) ظاہر کرتے ہیں، جو اکثر ایک چلتی دار نوعیت کا ہوتا ہے۔ گولیکیں (glomeruli) اکثر متلی اور بعض زجاجی ہوتی ہیں، لیکن گولیکوں کا وسیع انطاس نہیں ہوتا جیسا کہ مزمن رنکی انتہا گریہ میں اس وقت ہوتا ہے جبکہ مریض قسم بولی (uræmia) سے مرگیا ہو۔ بعض اوقات ان مریضوں کو قلبی کلوی امساتوں (cardio-renal cases) کے نام سے بیان کیا جاتا ہے، لیکن یہ صاف معلوم ہوتا ہے کہ اگرچہ گردے ہمیت کچھ تغیرات ظاہر کرتے ہیں، اور شیخوخی شریان صلابتی گردے (senile arteriosclerotic kidneys) کہلاتے

ہیں، تاہم یہ فرض کا اہم سبب نہیں ہوتے۔ احتباس یوریا، ۲، ۳ یا ۴ فیصدی کے کامل قسم بولی عدد تک کسی نہیں پہنچتا۔ لہذا ان کو یہی کہنا بہترین ہے کہ یہ غلطاً عضلہ قلب کی اسٹیلین ہیج کے قلبی دم یا دوری بہر پیدا کرتی ہیں۔

میںہو ریشالوں میں نثریانی خون کے اندر  $CO_2$  زیادہ ہو جاتی ہے اور ممکن ہے کہ نثریانی خون کا آئس جینی مانیہ کم ہو جائے۔ اسی واسطے یہ رائے ظاہر کی گئی ہے کہ بھر، جو فہم ہے کہ انتہائی درجہ کا ہوا، شعبی شنج سے پیدا ہو جاتا ہے (14)۔ اس رائے کی بنا پر اس قسم کی اسباب کے لئے دم (asthma) کی اصطلاح استعمال کی جاسکتی ہے۔ لیکن خالص قلبی بھر، مثلاً مطرانی ضیق (mitral stenosis) میں زیادتی تنفس کی وجہ سے  $CO_2$  کم ہو جاتی ہے (41)، اگرچہ بعض اصابتوں میں  $CO_2$  قدرے بڑھی ہوئی اور آکسیجن گھٹی ہوئی ہوتی ہے اور اس کی وجہ ریوی امتلا ہے جو کہ پھیپھڑوں میں گیسوں کے باہمی تبادلہ میں مزاحم ہوتا ہے۔ مالیہ تجربی شہادت ظاہر کرتی ہے کہ دورہ، کم از کم بعض اصابتوں میں اس وجہ سے ہوتا ہے کہ بائیں بلیں کے اضافی فٹل سے ریوی امتلا اور تہج واقع ہو جاتا ہے (13)۔

علاج پر صفحہ 276 پر غور کیا گیا ہے۔

## انشقاق قلب

(rupture of the heart)

یہ تضر کے علاوہ زیادہ تر شمی انخطا ط یا لینی تغیرات کا نتیجہ ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ اکیلی علقیت (coronary thrombosis) جو کہ عضلہ قلب میں نزف کا باعث ہو کر قلب کی دیوار کا کچھ حصہ تلف کر دیتی ہے موجود ہو۔ اصابتوں کے ایک نہایت قلیل تناسب میں ایک پھوڑا، خبیث التهاب درون (malignant endocarditis) یا اینورزم اس کا سبب ہوتا ہے۔ یہ بڑے آدمیوں میں ہوتا ہے، اور علی العموم علی محنت کے بعد ہوا کرتا ہے۔ درج شدہ اصابتوں میں سے تین چوتھائی میں مقام انشقاق بایاں مطین تھا۔ مریض پر یکایک درد قلب کا حمل ہو جاتا ہے، جس کے بعد جلد ہی کشتہ (pallor) بے ہوشی، چند تشنجی جھٹکے (convulsive twitchings) ہو کر موت واقع

ہو جاتی ہے۔ شاذ اصاباتوں میں کچھ گھنٹوں بلکہ دنوں تک زندگی قائم رہی ہے، جس کے ساتھ شحوب (pallor)، ٹھنڈے پسینے، کمزور نبض، اور نفس آہ کے طور پر (sighing) ہوتا ہے۔

## قلب کا انورسما

قلب کے انورسے ماد یا مزمن ہو سکتے ہیں۔

حادث انورسے دیوار بطن کے تقریبی التهاب دونوں قلب (ulcerative endocarditis) کی وجہ سے اس طرح پیدا ہو جاتے ہیں، کہ جس طرح نصیب (malignant endocarditis) کے تحت بیان کیا جائے گا، اور یہ فاصلہ کے جزو غشائی (pars membranacea septi) یا فضا کے غیر محفوظ، نیز مصراعات کے انورسما کا کثرت اکثر الوقوع سبب ہے۔ جزو غشائی کے انورسما بعض اوقات پیدائشی ہوتے ہیں۔ تمام صورتوں میں تاچہ انورسمائی بائیں بطن کی طرف کھلتا ہے۔ یہ حالت دوران زندگی میں شناخت کے قابل نہیں۔

قلب کے مزمن انورسے عموماً لیفی انعطاف کے سلسلے میں پیدا ہو جاتے ہیں۔ ماؤف شدہ کہنے، اپنے عضلی ریشے کے لیفی بافت میں یوں تبدیل ہو جانے کی وجہ سے ایک مقام پر کمزور پڑ جاتا ہے، اور خون کے دباؤ سے شمع ہو کر ایک تاچہ بن جاتا ہے۔ بائیں بطن انورسماؤں کا عام محل وقوع ہے، اور دوسرے تین کہنوں کے انورسماؤں کی صرف چند ہی مثالوں کا اندراج ہوا ہے۔ تین اصاباتوں میں سے دو میں یہ راس پر واقع ہوتے ہیں۔ یہ گول تاچے بنا دیتے ہیں، ممکن ہے ان تاچوں اور بطن کے درمیان کا راستہ اسی جسامت کا ہو جو خود تاچہ کی ہے، یا ممکن ہے کہ یہ راستہ نسبتاً بہت چھوٹا ہو۔ جب یہ راس پر پیدا ہو جاتے ہیں تو اول الذکر قسم زیادہ اکثر الوقوع ہوتی ہے، یعنی یہ کہ انورسما کہنے بطن کے ساتھ مسلسل جوتا ہے۔ آخر الذکر قسم جو زیادہ تاچہ (sacculated) ہوتی ہے، زیادہ اکثر بطن کے پہلو پر یا قاعدے میں واقع ہوتی ہے۔ جسامت میں ان کا مقابلہ خشک سپاریوں (nuts) مرغی کے انڈوں، یا چھوٹے سنگتروں سے کیا گیا ہے۔ چند اس سے بہت زیادہ بڑے پائے گئے ہیں۔ انکی

دیواریں عموماً بہت پتلی اور بعض اوقات کلسی مادے سے درختیہ ہوتی ہیں۔ ان میں ریدوں قلبہ کا استر ہوتا ہے، اور ان کے اندر بیشتر فائبرینی رُوبہ (fibrinous coagulum) موجود ہوتا ہے۔ یہ بارہ سال کی عمر سے اوپر ہر عہد میں پائے گئے ہیں، اور عورتوں کی نسبت مردوں میں زیادہ تر۔ شاذ موقعوں پر اکللیٹی شریانیں گئے انورسے بھی ملتے ہیں۔ یہ غالباً ایک سداوہ (embolus) کے پیچھے شریان کے نرم ہو جانے اور پھر نتیجہٴ اُس کی کلانی واقع ہو جانے سے پیدا ہو جاتے ہیں (15)۔

علامات اگر موعود ہوں تو ان اصابتوں میں جہاں انورسا عضلہ قلب کے انحطاط کے بعد ثانوی طور پر واقع ہوا ہو، اسی انحطاط کے ہوتے ہیں۔ لاشعاعی امتحان تشخیص کا ایک مفید ذریعہ ہے۔ اصابتوں کے نہایت بڑے تناسب میں تاہم عموماً کے اندر انورسا کا دفعۂ انشقاق ہو جانے سے موت واقع ہو گئی ہے۔

## نوبالیدگیاں اور طفیلیا

نوبالید (neoplasm)۔ قلب پر اس کا حملہ مختلف شکلوں میں ہوتا ہے۔ بالخصوص لمفی سلعہ (lymphoma)، لحمی سلعہ (sarcoma) اور میلانینی (melanotic) سرطانی سلعہ کی صورت میں۔ اکثر اوقات واسطی غد کے لحمی سلعہ یا لمفی سلعہ کے نتیجہ کے طور پر قلب ماؤف ہو جاتا ہے، ایسی صورت میں یہ سلعہ براہ اُورده پھیل کر اذینوں پر حملہ آور ہوتا ہے اور تاہم عموماً کے نیچے گریزی ارتقاعات کے طور پر نمائیاں ہو جاتا ہے۔ بعض اوقات یہ سلسلہ جسم کے کسی دوسرے حصے میں ایسی ہی بالیدگی کا ثانوی نتیجہ ہوتا ہے۔ قلب میں ایک منفرد اتولی جاثو کا ہونا نہایت شاذ ہے۔ ایک اصابت میں، جس میں سلعہ دائیں بطن اور ریوی فتحہ پر حملہ آور ہو کر اُن کو جزو ملہوس کر چکا تھا، مسلسل شدید ذراق موجود تھا، جس کے ساتھ سرخ خلیتوں کی زیادتی نہ تھی، [چنانچہ کثرتِ خلیاتِ احمر (polycythemia rubra) خارج از بحث تھی] اور سلف ہیموگلوبن دمویت (sulphæmo-globinemia) کی بھی کوئی شہادت موجود نہ تھی، لیکن اکثر اوقات ایسے علامات جو اس حالت کے میز ہوں نہیں موجود ہوتے۔ بعض اصابتوں میں اس کا استتباط محض ایک دروں صدی بالیدگی کی موجودگی پر سے

کیا جاسکا۔ والٹش (Walsh) ایک مریض کی حالت کا اندراج کرتا ہے جس میں اُس  
اُذین کی اگلی دیوار کے سرطان میں مبتدل ہوجانے کے باوجود ایسی کوئی سرریاتی شہادت  
موجود نہ تھی جو قلب کی طرف اشارہ کرے۔

**طفیلیات**۔ کبھی کبھی جرم قلب کے اندر کیستی دویرے (hydatid cysts)  
نویاب ہو کر اپنی بالیدگی کے دوران میں یا تو تار مور کی سمت میں یا کسی ایک  
کہفہ کے اندر ابھرتے ہیں۔ یہ دویرے منفرد ہوتے ہیں یا ممکن ہے کہ ان کے اندر  
دختر دویرات (daughter-vesicles) موجود ہوں۔ قلب پر ان کے اثر کا انحصار بلاشبہ  
اس امر پر ہے کہ وہ بڑھ کر کتنی جسامت اختیار کر لیتے ہیں۔

خزیری فیتیہ (taenia solium) کا انبان ذنبیدہ (cysticercus) بھی  
بعض اوقات قلب کی دیواروں میں پایا جاتا ہے۔

## حمی روماتزمی

(RHEUMATIC FEVER)

### حاد اور تحت الحاد روماتزم

(acute and subacute rheumatism)

تپ روماتزمی ایک حموی مرض ہے، جس میں یا تو مفاصل کا یا قلب اور  
اُس کی جھلیوں کا، یا ان دونوں قسم کے مقامات کا ایک ساتھ حاد التهاب واقع  
ہو جاتا ہے۔ روماتزمی عوارض جو حاد اور تحت الحاد روماتزم اور زفن (chorea)  
پر مشتمل ہیں، بوجہ اُس تغیر کے جو ان سے قلب کو پہنچ جاتا ہے، بچوں کے لئے

لے۔ روماتزم اور رومیک کے الفاظ ایک یونانی لفظ آر سے اخذ ہیں جس کا معنی ایسا ہونے  
ہیں، اور جو ایک دوسرے یونانی لفظ کٹھار (نازلت) سے تعلق رکھتا ہے۔ رومیکس غاً  
یا حاد روماتزم کو ان مزمین رومیکس مراض سے تمیز کرنا چاہئے جو کہ بعد میں بیان کی گئی ہیں۔

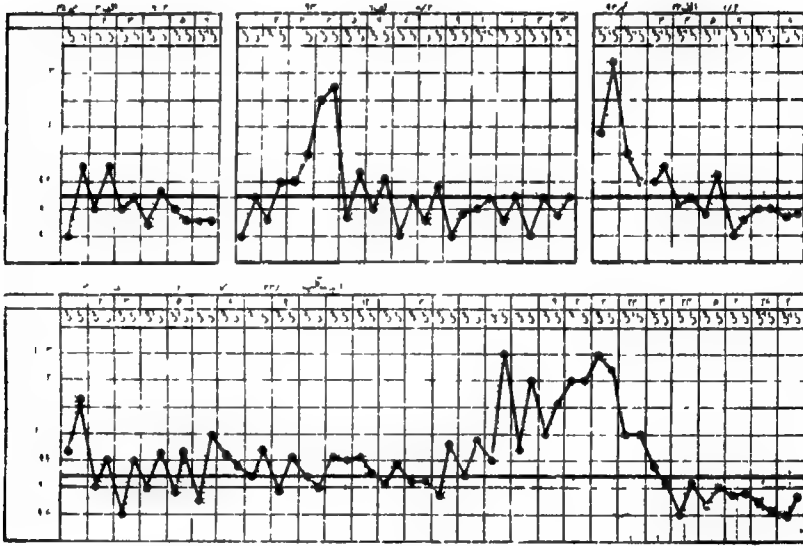


نہایت شدید خطرہ کا باعث ہوتے ہیں۔

بیماری اسباب۔ یہ مرض دونوں صنفوں میں اور تقریباً ہر عمر میں ہوتا ہے، لیکن پچاس سال کی عمر کے بعد اور شیرخواروں میں نہایت شاذ ہوتا ہے۔ یہ مرض حال اشخاص میں مادرالوقوع ہے، اور نہایت مفلوک الحال اشخاص کو بھی غیر متاثر کر رکھنے کا رجحان رکھتا ہے۔ یہ آبرودار کارنگروں کی جماعت، چٹھی رسائوں، ریل کے ملازموں وغیرہ میں عام ترین ہے۔ یہ ایک ماحولی (environmental) مرض ہے نہ کہ موروثی، کیونکہ جب ان کے بچوں کی تشدید (segregation) مدارس صنعت و حرفت میں کر دی جاتی ہے تو ان پر اس کا حملہ نہیں ہوتا، اگرچہ بورڈنگ اسکولوں وغیرہ میں وہاں دیکھی گئی ہیں (49)۔ ماحولی عوامل میں سے سب سے زیادہ شک غذا پر پڑتا ہے اور چونکہ غریبوں کی غذا میں حیوانی چھینٹیں نمایاں طور پر مفقود ہوتی ہیں، لہذا اس سے حیامین الف اور د کی قلت مستنبط ہوتی ہے۔ اس بنا پر مادر و مازم کساحت (rickets) کے ساتھ مماثلت رکھتا ہے، چنانچہ اول الذکر مرض تقریباً اس عمر میں شروع ہوتا ہے کہ جس میں کساحت ختم ہو جاتی ہے (48)۔ پھر بعض تازہ تحقیقاتیں سردی اور نمی کی طرف اشارہ کرتی ہیں، اور سرمائی امینوں میں اس مرض کا درود عام ترین ہے۔ ممکن ہے کہ وہ حرارت جو نہایت غریب اور نادار اشخاص میں اثر و عام سے پیدا ہو جاتی ہے ان عوامل کو بے اثر کر دے۔ ملازمین میں مادر و مازم شاذ ہے۔ چونکہ یہ مرض عموماً براہِ حلق داخل ہوتا ہے، یہ پایاجانا تعجب خیز نہیں کہ یہ حملی قرمز (scarlet fever) کے بعد عام ہے۔

امراضیات۔ اس بیان کی بہت کچھ تائید کی جاسکتی ہے کہ روماترزی تپ کا سبب مائل ایک خون پاش بقیہ سمیہ ہے۔ یہ ایسی رائے ہے جس کا منبع پائٹنٹن (Poynton) اور پین (Payne) کا کیا ہوا کام ہے۔ کبھی کبھی بقیات سمیہ تحت الجلدی گرہوں سے زفن (chorea) کی ہلکے امواتوں میں دماغی نواحی سیال سے، اور خون سے علیحدہ کئے گئے ہیں۔ حال ہی میں غیر معمولی خصائص کے بقیات سمیہ کی طرف توجہ مبذول ہوئی ہے، جو مادر و مازم اور کوریائیں حلق سے علیحدہ کئے گئے ہیں۔ انکو قلبی مفصلی التھابی نفلت سمیہ (streptococcus cardioarthritis) کا نام دیا گیا ہے۔ ان امواتوں کی نہایت غالب تعداد میں منسلکی سیال اور خون شکت

کرنے پر عقیم پائے جاتے ہیں، چنانچہ اسی وجہ سے زمانہ ماضی میں اس مرض کے جراثیمی مبداء کے متعلق بے اعتمادی تھی۔ خون پاش نبقہ سجمیہ اور حاد روماتزم کے درمیان قریبی رشتہ ہونے کا ایک زیادہ اہم ثبوت، ہسپتالوں اور اسکولوں میں متعدی سوزش خلق کے عواقب (sequelæ) کے مطالعہ سے حاصل ہوتا ہے۔ اگر سبب عامل ایک خون پاش نبقہ سجمیہ ہی ہو، اور دوسرے مضمویاً مثلاً نبقہ عنقیہ حرد نبقہ ناسرلتی وغیرہ نہ ہوں، تو مریضوں کو ۷ سے لیکر ۲۱ دن تک کی مدت کے بعد حاد روماتزم ہو جاتا



شکل ۳۹۔ تین لڑکوں کے نقشہ کہ جن کو خون پاش نبقہ سجمیہ کی وجہ سے سوزش خلق تھی۔ ب نقشہ ایک لڑکے کا ہے، اس کو بھی نبقہ سجمیہ کی وجہ سے سوزش خلق تھی، اور بعد میں نبقی سجمی التهاب شعبی پیدا ہو گیا۔ ایک خاموش وقفہ کے بعد پندرہویں دن حاد روماتزم نمودار ہو گیا (ڈبلیو۔ ایچ۔ بریڈلی)۔  
W. H. Bradley کے مریضوں سے۔

ہے۔ اتنی مدت گویا ”خاموش وقفہ“ ہے (47) کہ جس میں علامات رجعت قہر می کرتے ہیں، اگرچہ، جیسا کہ شکل ۳۹ سے ظاہر ہے، تپش ہمیشہ بالکل لمبی لیول تک نہیں آتی۔

ابتدائی سوزش حلق کے وقت، جو کہ نقشہ میں پہلے دن دکھائی گئی ہے، نبتہ سبھیہ جوئے میں داخل نہیں ہوا، اور ۱۶ ویں دن جب کہ حاد روماتزم شروع ہوتا ہے، نبتہ سبھیہ حلق سے غائب ہو گیا ہے، اگرچہ التهاب گرد قلب کی ہلکے اصابتوں میں یہ طحال اور گرد قلبی یعنی خدو سے کاشت کیا گیا ہے (50)۔ واقعات کی یہ ترتیب زمانی اس نظریہ کے مطابق ہے کہ حاد روماتزم ایک حاد حسیستی منظر ہے جو کہ ابتدائی نبتی سبھی حلق کے دوران میں "حساس گری" کا نتیجہ ہے۔ لیکن ایک اور استدلال جو کیا جاسکتا ہے یہ ہے کہ خون پاش نبتہ سبھیہ بطور نہ حاد روماتزم کا ادلی سبب نہیں ہے، بلکہ یہ ایک ثانوی حلہ آور، مثلاً ایک ماورائے خود بینی قشب کے ادخال کو سہل بناتا ہے، اور ہی مرض کا براہ راست سبب ہے۔ حال میں اس کی شہادت حاصل ہوئی ہے۔

**مرضی مشترک۔** روماتزمی تپ کے خاص ساختی تغیرات التهاب قلب (carditis)، کثیر مفصلی التهاب (polyarthritis) زفن (chorea) اور تحت الجلدی گرہیں ہیں۔ ان تمام مثالوں میں رد عمل دراصل ایک ہی جیسا ہوتا ہے، یعنی ایک التهابی گرہ بن جاتی ہے، گو اس کے منظر کا انحصار مقام ماؤف کی نوعیت پر ہوتا ہے۔ اس رد عمل کا مطالعہ قلب میں نہایت آسانی سے کیا جاسکتا ہے۔

**عضلہ قلب کا التهاب حاد (acute myocarditis)۔** اولین تغیر ایک تھنہ یا تک میں واقع ہوتا ہے۔ ایک نقطہ پر استر کار (lining) خلیے چول کر تعداد میں بڑھ جاتے اور تیز التهاب کا مرکز بن جاتے ہیں، جس کے ساتھ گول خلیوں کی درریشش (round cell infiltration) ہوتی ہے، جو خاص کر کثیر الاشکال (polymorphs) ہوتے ہیں۔ یہ تھنہ یا تک تھکے کے باعث مزہم ہو کر تلف ہو جاتی ہے۔ ازاں بعد گول خلیوں کی درریشش غائب ہو جاتی ہے اور بالآخر ہمیں فائبرین کے پس منظر میں بڑے کثیر نواتی خلیوں کا ایک گروہ مفروض ملتا ہے، جو آشاف کی گسرو (Aschoff's node) بنا رہا ہے۔ یہ خلیے یعنی فائبر (fibroblast) ہوتے ہیں اور بعد میں متغیر ہو کر معمولی یعنی بافت بن جاتے ہیں، جس سے ایک مستقل لیکن غیر ممتاز ندبہ (scar) بن جاتا ہے۔ عضلی ریشہ کے خلیوں میں تھمی ذرات اور قطرات (droplets) سب سے پہلے نوات کے قریب نمودار ہو جاتے ہیں، اور ازاں بعد ایک محدود المقام تخر (localized necrosis)

واقع ہو جاتا ہے، جو ممکن ہے کہ سہمی الاصل ہو، یا شریانک کے تلف ہو جانے پر دموی سہ کے انقطاع کے سبب سے ہو گیا ہو۔ یہ گرہیں نہایت عام طور پر اور طئی کی جڑ اور حلقہ مطرائی (mitral ring) کے قریب بائیں بطن میں عضلہ میں گہری مدفون نمودار ہوتی ہیں۔

دروں قلبہ کا التهاب حاد (acute endocarditis)۔ روماتزمی التهاب دروں قلبہ میں ”گرہی“ التهاب (nodal inflammation) کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ اُس سے مطرائی ثرفہ (mitral cusp) کے ادینی جانب یا اور طئی شرفہ (aortic cusp) کے بطینی جانب پر مصراعوں کی کور کے قریب زیر دروں قلبی بافت (subendothelial tissue) کے نہایت خفیف اور ام پیدا ہو جاتے ہیں، جس سے تسبیج کے دانوں جیسے متعدد ارتفاعات بن جاتے ہیں جنہیں عموماً روشید گیوں (vegetations) کے نام سے موسوم کیا جاتا ہے۔ اور یہ ابتداء اُس خط پر واقع ہوتی ہیں جہاں مصراع مدود ہونے پر اپنے رفیق کو چھوتا ہے، نہ کہ مصراع کی آزاد کور پر۔ بعد میں التهاب رقبہ پر مصراعوں کا درملہ ڈھیلا پڑ جاتا ہے، اور بطینی خون سے فائبرین اور کثیر الاشکال نواتی سپید خلیے نشین ہو جاتے ہیں۔ التهاب کم ہونے پر بھر خفیف سا انداب (scarring) واقع ہو جاتا ہے۔ لیکن طویل عرصہ تک جاری رہنے والے التهاب میں یا متواتر حادثوں کے بعد مصراعوں کا بڑا تشوہ (deformity) واقع ہو جاتا ہے، جس کا بیان درونِ قلبہ کے التهاب مزمن (chronic endocarditis) کے باب میں درج کیا گیا ہے۔ التهاب متا مور (pericarditis) کے مناظر بھی بعد میں بیان کئے گئے ہیں۔

التهاب مفاحصل (arthritis)۔ ہلک امصابتوں میں مفصلوں کے اندر گدلا زلاب (synovia) اور فائبرین کی دھبیاں پائی گئی ہیں۔ سپید خلیات موجود ہوتے ہیں، لیکن سیال کبھی رہی نہیں ہوتا۔ خود غشائے زلابی عروقی اور لیمف کی ایک تہ سے ڈھکی ہوئی ہوتی ہے۔ جب ایسی مریض کمی، جیسی کہ اکثر دیکھی جاتی ہے واقع ہو جاتی ہے تو زلابی تغیرات اس کی نسبت اور بھی زیادہ خفیف ہوتے ہیں۔ وتری غلافوں کے اندر غیر شفاف مصل اور مہزی مائل زرد لیمف پایا گیا ہے۔

زیر جلدی روماتزمی گرہ جو روماتزم کی ایسی متاثر خصوصیت ہے، اس پیدائش بالکل ویسی ہی ہے جیسی کہ پہلے قلب کے لئے بیان ہو چکی ہے، لیکن اس نسبت زیادہ بڑے پیمانہ پر ہوتی ہے۔ وہ مرکزی شریانی التهاب سے شروع ہوتی ہے پھر کثیرنوائی لیفیٹا ہنسی درپیش (multi-nucleated fibroblastic infiltration) ہوتی ہے جو ترقی کرتی ہوئی چند ہفتوں کے دوران میں ایک چھوٹا ندب بن جاتی ہے۔ علامات - اکثر ایک یا زائد حلوں کی مابقی سرگزشت پائی جاتی ہے۔ اور لوزین بڑھے ہوئے نظر آتے ہیں، یا ان میں عمیق طاقے (crypts) موجود ہونے ہیں، یا دبانے سے پیپ خارج ہوتی ہے، یا غدودہ (adenoids) موجود ہوتے ہیں روماتزم کی ابتدائی علامات کثیر مفصلی التهاب (multiple arthritis) یا زلابی التهاب (synovitis) کے ہوتے ہیں، یہ ضرات نمایاں ہوتے ہیں کیونکہ ان کے ساتھ درد اور تپ موجود ہوتی ہے۔ دوسری اصابتوں میں، اور خاص کر بچوں میں، پہلا ضرر قلبی مصراعات یا عضلہ قلب یا تار مور کا التهاب ہوتا ہے (روما تزمی التهاب قلب) جو ممکن ہے بظلمہ مخفی (latent) ہو، مگر جس کے ساتھ مبہم سے دردوں [جنکو شاید درہا بالیدگی (growing pains) کہتے ہیں] کی سرگزشت ملتی ہے، اور یہ درد ایسے ہوتے ہیں۔ بچہ ان کی وجہ سے فریش نہیں ہوتا۔ بعض اوقات ایک ایسے بچہ میں، جس پر مفصلی قسم کی روماتزم کا حملہ ہوا ہو، ایسا قلبی ضرر پایا جاتا ہے جو زمانہ ماضی کا ہوتا ہے اور موجودہ زلابی التهاب پر منحصر نہیں ہوتا، مگر اس کے ساتھ کسی گذشتہ زلابی التهاب کی سرگزشت بھی نہیں ملتی، یا ممکن ہے کہ نرفن (chorea) کی سرگزشت ہو (آگے ملاحظہ ہو)۔

260

مفاصل بالکل دفعۃً ماؤف ہو سکتے ہیں۔ پہلے اکثر گھٹنے پر حملہ ہوتا ہے اور پھر ٹخنے پر، اور دوسری حالتوں میں کلائی یا کندھے پر۔ خواہ پہلے کسی بھی مفصل پر حملہ ہو، مرض جلد ہی جسم کے دوسرے مفاصل میں پھیل سکتا ہے، جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ کندھا، کہنی، اور کلائی، گولہا، گھٹنا، اور ٹخنہ سب کے سب ایک ہی وقت میں یا یکے بعد دیگرے متلائے التهاب ہو سکتے ہیں۔ کبھی کبھی بالغوں میں ہاتھ اور پاؤں کی انگلیوں کے مفصل یا قصبی ترقوی مفصل (sterno-clavicular joint) یا فکری

مفاصل تک ماؤف ہو جاتے ہیں۔ مرض کی وسعت نہایت تغیر پذیر ہوتی ہے۔ ایک مریض میں صرف دو یا تین جوڑ ملتہب ہو سکتے ہیں اور دوسرے میں بہت سے۔ اور روماتزمی تب کا ایک اہم خاصہ یہ ہے کہ اس میں جب بعض ملتہب مفاصل بہ سرعت شفا یاب ہو جاتے ہیں تو دوسرے مفاصل ماؤف ہوتے جاتے ہیں۔ اور جب یہ آخر الذکر مفاصل اچھے ہو جاتے ہیں تو تازہ مفاصل مبتلا رہتے ہیں، یا پہلے ماؤف شدہ مفاصل پھر مبتلائے التهاب ہو جاتے ہیں۔

جس مفصل پر روماتزمی تب کا حملہ ہوا ہے وہ متورم گرم، چھونے سے الیم (tender) اور دردناک ہوتا ہے۔ سب سے زیادہ نمایاں درم گھٹنے میں (جہاں انصباب آسانی سے پیدا ہو سکتا ہے) اور ٹخنہ میں اور کلائی میں ہوتا ہے۔ اس کا رنگ تیر بھلائی ہو سکتا ہے، جو شاذ ہی سارے درم پر پھیلا ہوا ہوتا ہے اور ممکن ہے کہ چکنیوں یا دھبوں کی صورت میں ہو۔ الیمیت (tenderness) بعض اوقات انتہائی درجہ کی ہوتی ہے، چنانچہ بستر پر ذرا سا دھکا لگنے سے، یا جوڑ کو بیڈ صنگے پن سے ہاتھ لگانے سے شدید درد ہو جاتا ہے۔ اس قسم کا درد خود بخود پیدا ہونے والے درد کے بند ہو جانے کے بعد بھی جاری رہ سکتا ہے۔ کندھے، کوٹھے اور کہنی کے جوڑوں میں درد اور الیمیت ہی روماتزم کے خاص منظر ہیں، کیونکہ خفیف سا ورم آسانی سے شناخت نہیں ہوتا اور سرخی عموماً غیر موجود ہوتی ہے۔ التهاب مفاصل مختصراً بچوں کی نسبت بالغوں میں زیادہ دردناک ہوتا ہے۔ جو ارج کے عضلات کا جس کرنے پر الیم ہونا کافی عام ہے، جس کی وجہ غالباً وہ عضلی التهاب (myositis) ہے جو اپنی نوعیت میں عضلہ قلب کے التهاب (myocarditis) سے مماثل ہوتا ہے۔ فی الحقیقت ایک لڑکے میں، جو ارقم الحروف کے زیر نگرانی تھا، شدید عضلی الیمیت بلا مفاصل کی کسی ماؤفیت کے موجود تھی۔

اصابتوں کی نہایت غالب تعداد میں زلابی التهاب زائل ہونے پر مابقی التهاب کی کوئی امارت نہیں چھوڑتا۔ لیکن کبھی کبھی، بالخصوص اس وقت جبکہ ایک ہی جوڑ پر متواتر حملے ہو چکے ہوں، دائمی تغیرات کا دیکھا جانا ممکن ہے جن میں عضلات کی لاغری بھی پائی جاتی ہے۔ ممکن ہے کہ یہ تغیرات روماتزمی گروہوں کے ہمراہ پائے جائیں اور

وہ حاد روماتزم آسا مفصلی التهاب (acute rheumatoid arthritis) سے قریبی مشابہت رکھتے ہیں۔ سنجائی نقطہ نظر سے روماتزم آسا مفصلی التهاب کے ضررات حاد روماتزم کے ضررات سے ناقابل تمیز ہوتے ہیں، چنانچہ یہ ممکن ہے کہ یہ بالآخر ایک ہی مرض کے مختلف مظاہر ثابت ہوں۔ بیان کیا گیا ہے کہ روماتزمی تب میں بعض اوقات عضروفی مفصلات (synchondroses) بھی ماؤف ہو جاتے ہیں۔ اس میں شک نہیں کہ بعض مفاصل کے گرد و پیش کے وتروں کے غلاف اکثر ملہب ہو جاتے ہیں، بالخصوص وہ جو کلائیوں اور ٹخنوں کے گرد کے ہوتے ہیں۔ اور ممکن ہے کہ پشت پا اور پشت دست پر پھیل جانے والی سرخی کا کچھ حصہ انھیں کے التهاب کے باعث ہو۔ ایک لڑکے میں جسے راقم الحروف نے دیکھا تھا، چانہ (mandible) کے گرد زیر گرد عظمی گریں (subperiosteal nodes) موجود تھیں۔

اس کثیر مفصلی التهاب کے ہمراہ کچھ تب (pyrexia) بھی موجود ہوتی ہے جو مفصل کا التهاب کم ہونے کے ساتھ کم ہو جاتی اور التهاب مفصل کے عود کے ساتھ پھر ہو جاتی ہے۔ بعض اوقات تب مغرط (hyperpyrexia) ہوتی ہے۔ پسینہ کثرت کے ساتھ آنا بھی روماتزم کا مین خاصہ ہے۔ اکثر عرقی سامات کے دہنوں پر صاف کیسکوں کے اندر پسینہ دیکھا جاسکتا ہے، جنہیں عرق دانے (sudamina) کہتے ہیں۔ جب ان کیسکوں میں ریم کا ایک نقطہ موجود ہو اور یہ ایک گلابی بالیزہ سے گھرے ہوئے ہوں تو انھیں د خذیات (miliaria) کہتے ہیں۔ اس تب کے ساتھ عموماً دماغی اختلال زیادہ نہیں ہوتا، اور غیر پیچیدہ روماتزمی تب میں ہڈیاں کوئی نمایاں منظر نہیں ہے۔ زبان فرار ہوتی ہے اور امعاء میں قبض ہوتا ہے۔ قاروہ مقدار میں تھوڑا، گہرے رنگ کا (high coloured) اور ترشی ہوتا ہے۔ صرف کبھی کبھی اس میں البیومن کی خفیف سی مقدار موجود ہوتی ہے۔

روماتزمی التهاب قلب (rheumatic carditis) مفصلی التهاب کے ساتھ شروع ہونے والی روماتزمی تب کی امابتوں کے ایک بڑے تناسب (۱/۱۰ اور ۱/۲ کے درمیان) میں قلب التهاب دروں قلبیہ (endocarditis) اور التهاب عضلہ قلب (myocarditis) میں اور نسبتاً قلیل الوقوع امابتوں میں التهاب مبر (pericarditis)

میں مبتلا پایا جاتا ہے۔ اگرچہ التهاب تادمور کا بیان اس کے بعد آئیگا، یہاں یہ بتا دینا ضروری ہے کہ التهاب قلب کی جو کچھ علامتیں موجود ہوتی ہیں وہ زیادہ تر التهاب عضلہ قلب کے سبب سے ہوتی ہیں نہ کہ التهاب درون قلبیہ کی وجہ سے۔ وہ عموماً بالکل خفیف، اور بعض اوقات بالکل غیر موجود ہوتی ہیں۔ التهاب قلب کا آغاز، تپ کے بڑھ جانے سے ہوتا ہے۔ مسلسل سرعت قلب (tachycardia) عام ہے۔ شدید اصابتوں میں ورزش کے بعد سانس چھوٹ کر خستگی (exhaustion) ہو جاتی ہے، اور ممکن ہے کہ یہی مرض کے ابتدائی ترین علامات ہوں۔ استثنائی مثالوں میں روماتزمی حملے کے بعد چند مہینوں کے اندر ہی نمایاں فشل قلب (heart failure) ظاہر ہو جاتا ہے۔ مریض اکثر حادیم الدم (anæmic) ہوتا ہے، لیکن ہمیشہ نہیں۔

اس کی ابتدائی ترین طبی امارت یہ ہے کہ استماع کرنے پر مطرانی رقبے میں قلب کی پہلی آواز میں خفیف سی اطالت (prolongation) یا خستہ (roughness) سنائی دیتی ہے، یا آواز قدرے صاف نہیں سنائی دیتی۔ ممکن ہے کہ جو بیس ہی گھنٹے کے اندر یہ لمبی ہو کر ایک واضح خریر (murmur) یا پھوکنے کی نرم آواز (soft blowing sound) بن جائے، جو پہلی آواز کے ساتھ ساتھ ہوتی ہے اور ممکن ہے کہ کچھ عرصہ کے بعد بطور اس کی جگہ لیلے۔ یہ قلب کی حاد سرایت ظاہر کرتی ہے اور یقیناً مطرانی بازروی سے پیدا ہوتی ہے۔ ممکن ہے کہ عضلات پر الپین کی نوک جیسی دقیق روئیدگیاں (pin-point vegetations) ہوں، لیکن یہ سمجھنا مشکل ہے کہ یہ عدم کفایت (incompetence) کمبوں پیدا کر دیتی ہیں۔ زیادہ ممکن تو یہ ہے کہ ہو سکتی ہے کہ بوجہ التهاب عضلہ قلب، مطرانی حلقہ (mitral ring) کا اتساع ہو کر عدم کفایت پیدا ہو جاتی ہے۔ جوں جوں مریض بہتر ہوتا جاتا ہے ممکن ہے کہ یہ خریات غائب ہوتے جائیں۔ مطرانی بازروی (mitral regurgitation) عموماً دوسری بر روی آواز کو مغز (accentuated) بنا دیتی ہے۔ حاد قلبی مسدودی پیدا ہو جاتی ہے، اور بعض اصابتوں میں ایک متضاعف (reduplicated) پہلی یا دوسری آواز یا اس پر سنائی دینے والا پیشی انکماش خریر (presystolic murmur) اسوجہ سے ہوتا ہے کہ اس حالت میں بطینوں سے پہلے اذین محسوس طور پر منقبض ہوتے ہیں، لیکن ان تمام



طبعی امارات کا سبب مطرانی مصراع کی راہ سے خون کا زور سے بہہ کر جانا بھی ہوتا ہے، جیسا کہ ذیل میں بیان کیا گیا ہے۔ روماتزمی تپ میں بچوں میں ایک نسبتہ کم عام خیر، جو اس پر ہی سناٹی دیتا ہے، بہ لحاظ وقت میں انبساطی (mid diastolic) ہوتا ہے۔ یہ یقیناً تمام اصابتوں میں مطرانی ضیق (mitral stenosis) کی وجہ سے نہیں ہوتا، کیونکہ امتحان بعد الممات میں ایک سے زائد موقوفوں پر یہ مصراع درست حالت میں پایا گیا ہے۔ یہ غالباً "اضافی ضیق" (relative stenosis) کی وجہ سے ہوتا ہے یعنی ایک طبی مصراع کے ایک قسب بطین کے اندر کھلنے اور ایک ٹنکھا (fund vein) اور بصور (eddies) پیدا کر دینے کے باعث۔ یہ فلنٹ (Flint) کے اُس مشہور رشتہ مشابہ ہے جو اورطی بارودی میں ہوتا ہے۔ بچوں میں اس حریر کی موجودگی عموماً ایک شدید درجہ کی سرایت ظاہر کرتی، اور سالہائے مابعد میں ایک مکمل نمویافتہ مطرانی رشتہ پیدا کر دیتی ہے۔ اگر اورطی مصراع ماؤف ہوا ہے تو ممکن ہے کہ دوسری آواز ناگہانی اور ایک انبساطی خیر نمویاب ہو جاتا ہے، لیکن دوسروں کی نسبت بہ نسبت کم۔ قلیل الوقوع ہے۔

التهاب پلیورال (ذات الجنب = pleurisy) جب قلب پر تپتا ہو، اور بالخصوص جب التهاب تاور مور (pericarditis) بھی موجود ہو، اکثر پایا جاتا ہے۔ ایک رگڑ (rub) سناٹی دیتی ہے، اور ممکن ہے کہ درد بھی ہو۔ جب ذات الجنب تاور موری اور حشائی پلیورا کے درمیان ہو تو پلیورمی تاور موری اور (pleuro-pericardial friction) کا موجود ہونا ممکن ہے (ملاحظہ ہو صفحہ ۱۲)۔

عموماً ارتشاح (exudation) اتنا کافی نہیں ہوتا کہ جس کے بزل (tapping) سے لاف ہو۔ لیکن گاہ بگاہ ممکن ہے کہ وہ وسیع ہو کر بائیں قاعدے پر ویسے ہی طبعی پیدا کر دے جیسے کہ بائیں شش پر ایک تاور موری انصباب کے ماؤف سے پیدا ہوتا ہے، یعنی آواز کی کمی (impairment of note) تا ناص جو وہی ہے۔ (high-pitched) شعبی تنفس۔ حادری لوی اذیم (cedema) اور شعبی ذات الریہ کبھی کبھی بچوں میں آتا ہے۔ عام طور پر التهاب گردہ بھی ہم زمان طو پر ہو جاتا ہے۔

عرق دانوں (sudamina) اور دھبیات (miliaria) کے علاوہ، جو پہلے بیان ہو چکے ہیں، شرخی (urticaria) اور مختلف قسموں کا احمرار (erythema) بھی واقع ہو سکتا ہے، بالخصوص احمرار کثیر الاشکال (E. multiforme) اور پیرا کلاحت سر و ماترخی (peliosis rheumatica)۔ احمرار گڑھا دار (E. nodosum) بھی روماتزم کے ساتھ پایا جاتا ہے۔ وہ غلیظ سخی ماحذ کا ہو سکتا ہے (ملاحظہ ہو آگے) لیکن زیادہ عام طور پر تدریجی ہوتا ہے۔

تحت الجلدی کوائب (subcutaneous nodes) بالوں کی نسبت بچوں میں زیادہ عام ہیں، اور مفاصل کے قریب و جوار میں اور غلیظ جود اور اُجماروں پر پائے جاتے ہیں، جہاں جلد اور ہڈی کے درمیان زیادہ چربی مائل نہیں ہوتی، مثلاً کہنیوں اور گھٹنوں پر۔ وہ دردناک نہیں ہوتے اور تناؤ ہی الیم ہوتے ہیں۔ انہیں جلد کے نیچے آزادانہ، اور ان کے نیچے والی لیفی ساختوں پر حقیقتی حرکت دیجا سکتی ہے۔ وہ چند ہی ہفتوں میں غائب ہو جاتے ہیں۔

فقر۔ اگر علاج نہ کیا جائے تو ممکن ہے کہ مفاصل کے علامات دس سے چودہ دنوں تک جاری رہیں، اور پھر وہ اکثر دفع ہو جائیں گے۔ اگر سیلی سیلیٹس (salicylates) کے ذریعہ علاج کیا جائے تو درد اور بخار اکثر ایک ہفتہ کے اندر غائب ہو جاتے ہیں۔ لیکن بہر حال روماتزم ٹنکس (relapse) کا بڑا رجحان ظاہر کرتی ہے، جس میں دو دن سے لیکر دو ہفتوں کے ایک خالی از تپ اور خالی از درد وقفہ کے بعد مفاصل بالکل اُسی طریقہ سے ماؤف ہو جاتے ہیں۔ کبھی کبھی ایک جوڑ کا التهاب ہفتوں یا مہینوں تک رہنے کی وجہ سے شغایابی میں تاخیر ہو جاتی ہے۔ درد، ورم، اور کرختگی (stiffness) نمایاں تکالیف ہوتے ہیں، اور جوڑ کا علاج بالآخر آرام، جیرات (splints) اور بقانی معالجہ سے کرنا پڑتا ہے۔ نقیہیت (convalescence) میں تاخیر کا ایک دوسرا سبب التهاب دروں قلبیہ (endocarditis) کی سریع ترقی ہوتی ہے، جس کا نتیجہ یہ ہو سکتا ہے کہ مایوس روماتزم سے گذر کر نمایاں مرض قلب میں مبتلا ہو جاتا ہے، جس میں اور غلیظ یا مطلقاً مرض کے خیرات، عضلہ قلب کا فشل (failure) بلکہ التهاب تاؤد موجود ہوتا ہے۔ روماتزمی حملہ کے دوران میں موت التهاب قلب سے، اور نہایت ہی شاذ طور پر

مفراط تب ہے ہو سکتی ہے۔

**تشخیص**۔ اس میں عموماً کوئی رقت نہیں پیش آتی، کیونکہ درود مفاصل کا وقت وقوع اور ساتھ ہی مفاصل کی سرخی اور ورم، بخار اور کثرت پسینہ یہ سب بڑی حد تک فیصلہ کن ہوتے ہیں، بالخصوص اگر یہ نوعمر اشخاص میں واقع ہو، جن کی صحت پہلے اچھی تھی، یا جو اس کے برعکس، روماتزمی تب یا مرض قلب کی مابقی مرگشت رکھتے ہوں۔ جہاں صرف ایک ہی مفصل ماؤف ہو وہاں حاد التهاب مغز استخوان کے متعلق غور کرنا چاہئے۔ اس میں بیسی (constitutional) علامات زیادہ شدید ہوتے ہیں۔ الیمیت بہت زیادہ ہوتی ہے، خاص کر جبکہ ہڈی کو دبا جائے۔ حاد تعیم الدم (acute pyæmia) جس کے ساتھ تعیمی التهاب مفصل (suppurative arthritis) ہو، غیر عام ہوتا ہے، اور اس میں عموماً سرایت کا کوئی صریح مرکز موجود ہوتا ہے، جیسے کہ زچگی کے بعد عفونی رحم۔ جب مفصل پر حملہ ہوتا ہے تو ان کے شغایاب ہونے میں طویل عرصہ لگتا ہے۔ سونہر کی زلابی التهاب بھی روماتزمی تب کی نسبت زیادہ دیر پا ہوتا ہے، اور اس کے ساتھ قلبی پیچیدگیاں شاذ ہی ہوتی ہیں، اور التهاب بالخصوص رداؤل (fascia) کو ماؤف کرنے کا رجحان رکھتا ہے۔ لیکن ممکن ہے کہ ابتدائی درجوں میں اسے باسانی غلطی سے حاد روماتزم سمجھ لیا جائے۔ ماد کثیر مفصلی التهاب (acute multiple arthritis) بہت سی نوعی سرایتوں، مثلاً تب محوقہ، نرا حیر، اور نبعی ربوی سرایتوں، تب ناکسد، وغیرہ میں بھی واقع ہو سکتا ہے۔ وہ تعال جو مریض سیلی سیلیٹس دینے پر ظاہر کرتا ہے، حاد روماتزم کی منیدہ دلالت ہوتا ہے۔ نقرس سے تشغیم اس مریض کے بیان میں درج کی جائیگی۔

ایک ایسے بچے میں جسے کثیر مفصلی التهاب نہ ہو چکا ہو، روماتزم کی تشغیم کا انحصار غرائش حلق یا عفونی لوزتین اور ایک قلبی ضرر یا زفن (chorea) کی شناخت پر ہوگا۔ حاد التهاب دروں قلب اور التهاب عضلہ قلب کی تشغیم کے لئے کسی قدر احتیاط کی ضرورت ہے، کیونکہ تازہ حاد التهاب دروں قلب اور التهاب عضلہ قلب کا خلط ملط پرانے مصراعی مرض کے خیرات کے ساتھ اور تاء موری فیک کی آوازوں کے ساتھ ہو سکتا ہے۔ نوٹ کرنے کے قابل خاص امر یہ ہے کہ یہ زیر بحث خورانی نوعیت

میں ٹھونڈ، اور بہ لہذا وقت انکماش، اور مطرانی رقبہ پر سختی کے ساتھ محدود ہوتا ہے۔  
 ممکن ہے کہ سرعت ضربات قلب (tachycardia) موجود ہو اور دوسری ریوی کی داز  
 مفعوم (accentuated) ہو سکتی ہے۔ ایک فعلی (functional) یا دسوی خیر (haemic)  
 murmur عموماً ریوی شریان پر بلند ترین، اور اس کی صفت اکثر شدت (harsh)  
 ہوتی ہے۔ مزمن مصرعی مرض کا خیر اکثر بلند یا درشت ہوتا ہے جو ایک بڑے  
 رقبہ پر سنا جاتا ہے، اور اس کے ساتھ قلب کی حسامت یا شکل کا کچھ تغیر بھی ہوتا  
 انداز۔ حاد روماتزم کی شرح اموات تھوڑی ہوتی ہے۔ امکانی خطرات  
 اوپر بیان کئے جا چکے ہیں۔ اس امر کی کہ آیا مرض ہنوز فعال ہے تیش، اور شرح نبض  
 اور تبدیلی خیرات بہترین سریری رہنما ہیں۔ خلیات احمر کی شغلی شرح سے مزید  
 حاصل ہوتی ہے۔ ویسٹر گرین (Westergren) کا طریقہ استعمال کرنے پر اگر خلیات  
 پہلے گھنٹے میں ۱۰ ملی میٹر سے زیادہ یا دو گھنٹے میں ۲۰ ملی میٹر سے زیادہ گریں، تو مرض  
 ہنوز فعال ہے (42)۔

تحریر۔ عموماً چکنی مٹی کی زمین روماتزم کی استعداد پیدا کرنے والی سمجھی  
 جاتی ہے، اور دریائی وادیوں کے نشیبی مقامات سے احتراز کرنا چاہئے۔ روماتزمی  
 بچوں کو چاہئے کہ اگر ان کا لباس تر ہو جائے تو اسے بدل ڈالیں۔ اہم ترین امر  
 یہ ہے کہ تمام ممکن منابع سرایت کا علاج کرنا چاہئے۔ اس سلسلہ میں ناک اور جوفوں  
 اور حلق کا احتیاط کے ساتھ امتحان کرنا چاہئے، بالخصوص بچوں میں، لیکن بالغوں  
 میں خاص کر دندان سرایت کی تلاش کرنی چاہئے۔ روماتزمی مظاہر والے پچاسی بچوں  
 پر عمل میں لائی ہوئی لوزہ برآری (tonsillectomy) کے موضوع پر ایک تحقیقات  
 پیش کی گئی ہے (43)۔ بیشتر اصابتوں میں لوزمین ایک سے زائد بار التهاب میں مبتلا  
 ہو گئے تھے، اور تمام اصابتوں میں لوزی لینی غدد بڑھے ہوئے تھے۔ لوزہ برآری کے  
 اوسطاً ساڑھے تین سال سے زائد تک ان اصابتوں کا تبع کیا گیا۔ ۵۹ فیصدی  
 اصابتوں میں لوزی غدد ناقابل جس ہو گئے۔ جن مریضوں کو روماتزمی تپ ہوئی تھی  
 ان میں سے ۴۴ فیصدی میں ٹنکس بالکل نہیں ہوا۔ جہاں تک زفن کا تعلق ہے  
 ۵۰ فیصدی اصابتوں میں ٹنکس واقع نہ ہوا۔ التهاب عضلہ (myositis) اور مفصل

کے متعلق یہ ہے کہ ۷۷ فیصدی امصابتوں میں نکس واقع نہ ہوا۔ چند امصابتوں میں لوزتین کو کامل طور پر نکالنے کے لئے ایک دوسرے عملیہ کی ضرورت واقع ہوئی۔ اس کے خلاف گریٹ آرمڈ سٹریٹ (Great Ormond Street) میں ۴۲۸ امصابتوں کے ایک سلسلہ میں جن میں زفن بھی شامل تھا، لوزہ برآری کے منفعت بخش نتائج بہت مشکوک تھے (45) اور یہ دیگر ارباب سند کی رائے کے مطابق ہے (47)۔

مندرجہ بالا سے حسب ذیل نتائج مستنبط کئے جاسکتے ہیں۔ روماتزمی بچوں میں جب لوزتین کی سرایت زدگی بچہ کی صحت کو خراب کر رہی ہو، اور بار بار سوزش خلق ہو اور مزہ مندی کلانی موجود ہو تو انقاف (enucleation) کے ذریعہ لوزتین کو بکھل نکال دینا مناسب ہے۔ اس عملیہ کو مادہ سرایت رفع ہو جانے کے بعد عمل میں لانا چاہئے۔

**علاج۔** روماتزم کی خفیف امصابتوں کے موثر علاج کے لئے بھی بستر میں کلی آرام کرنا ضروری ہے یہاں تک کہ مفاصل کا درد اور ورم غائب ہو جائے اور قلب کا فاعلی التهاب رفع ہو جائے۔ لیکن اس کا یقینی طور پر جاننا مشکل ہے کہ یہ نتیجہ کب ظہور میں آتا ہے، چنانچہ خطرہ کے سدباب کے لئے مریضوں کو (بالخصوص اگر وہ بچے ہوں) بہت ہفتوں تک بستر پر لٹائے رکھنا چاہئے۔ بہر حال جنگ کہ بفضل و نیش کم ہو کر طبیعی نہ ہو جائیں اور کچھ دلوں تک ایسی نہ رہیں مریض کو اٹھنے کی اجازت نہ دینی چاہئے۔ ایک دوسری مفید دلالت خیرات کی نوعیت ہے۔ جنگ کہ یہ روز بروز کوئی تغیر ظاہر کریں اس کے یہ معنی ہیں کہ فاعلی التهاب موجود ہے۔ سرایت کے ممکن مرکوزوں کو تلاش کر کے ان کا تدارک کرنا چاہئے (ملاحظہ ہو صفحہ 276) لوزہ برآری پر اوپر غور کیا جا چکا ہے۔

شدید امصابتوں میں مفاصل اس قدر دردناک ہونگے کہ مریض کو سوائے چپ چاپ لیٹے رہنے کے کوئی چارہ نہیں ہوتا۔ مفاصل کو تضرر کے ہر خطرہ سے محفوظ رکھنا چاہئے۔ بعض اوقات بستر کی کپڑوں کو جوارح سے ایک غاطیہ کے ذریعہ اٹھا کر رکھنا چاہئے۔ مفاصل کو نرم روئی میں، جس پر شدید امصابتوں میں ٹھوڑی سی مسکن دوا (anodyne) مثلاً لغاج، یا فیون کا مروج، چھڑک لی جائے، پلیٹ دینے سے درد میں قدرے مقامی تخفیف حاصل ہو سکتی ہے، یا مفصل پریٹیل سیلی سلیٹ

(methyl salicylate) (ونٹر گرین کا مصنوعی تیل) پھیلا کر اُسے گلا پر چائیمو (gutta purcha tissue) سے ڈھانک سکتے ہیں۔ گزشتہ زمانہ میں خالص دودھ کی غذا تجویز کی جاتی تھی، لیکن عام اصول کی بنا پر مختلف الاقسام غذاؤں کی اجازت دینا نسبت بہت بہتر ہے، جیسا کہ دوسری حموی حالتوں میں کیا جاتا ہے۔

جو دوا اب تقریباً عالمگیر طور پر کام میں لائی جاتی ہے وہ سوڈیم سیلیسلیٹ (sodium salicylate) ہے۔ جب مریض کامل طور پر اس کے زیر اثر ہو جاتا ہے

تو درد غائب ہو جاتے ہیں، مفاصل کی سرخی اور ورم میں تخفیف ہو جاتی ہے، اور تپش دو یا تین درجہ کم ہو جاتی ہے، بلکہ ممکن ہے کہ طبیی درجہ پر آجائے۔ اگر اب اس دوا کی مقدار کم کر دی جائے یا اس کا استعمال جاری نہ رکھا جائے تو بہت ممکن ہے کہ درد عود کر آئے۔ اگر وہی مقدار خوراک قائم رکھی جائے تو روماتزم اسی وقت سے

علا شفا یاب ہو جائے گی۔ لیکن علاج کو دوا اور غذا ہر دو کے ذریعہ سے دس یا زیادہ دنوں تک جاری رکھنا پڑے گا، اور اس مدت کے اختتام پر کس قدر ذلیل دیکھا جکتی ہے۔ سیلی سلک ایسڈ یا اُس کے سوڈیم والے نمک، دونوں کی موثر مقدار خوراک ۲۰ گرین ہے، اور سیلی سین کی مقدار خوراک ۲۰ گرین ہے، جو پہلے چوبیس یا چھتیس گھنٹوں

میں ہر چوتھے گھنٹے دینی چاہئے۔ لیکن کم شدید امابتوں میں اس سے چھوٹی مقدار کافی ہو سکتی ہے۔ بعض طبیب ابتدائی چار یا پانچ گھنٹوں میں ایک نسبت چھوٹی خوراک ہر گھنٹے دیتے ہیں، اور پھر اس تواتر کو گھٹا کر ہر دوسرے گھنٹے دیتے ہیں۔ اگر حل نہایت شدید ہے تو ممکن ہے کہ پہلے دن ۲۰ گرین کی خوراک ہر دوسرے یا تیسرے گھنٹے دینا

مناسب ہو۔ اگر بہت زیادہ مقدار دی جائے تو مریض درد سر، بہرے پن، طینل لاؤن (tinnitus aurium) اور خفیف ہڈیاں میں مبتلا ہو جاتا ہے، لیکن دوا کو موقوف کر دینے

پر یہ علامات موقوف ہو جاتے ہیں۔ کبھی کبھی تھ، تسست یا غیر منظم نبض، السیون بوت (epistaxis) کم بولیت یا اُسرا بول (suppression of urine) اور

تسم بولی (uraemia) واقع ہو گیا ہے۔ عام طور پر ابتدائی سمنی علامات درووں کے ارفع ہونے کے ساتھ ہمزماں ہوتے ہیں۔ لیکن تخفیف درو حاصل ہو جانے کے بعد دوا کی مقداروں کے تواتر کو کم کر کے روزانہ چار یا تین بار کر دینا چاہئے اور

آخری دریا آخری غیر طبیعی پیش کئے بعد پانچ یا چھ دن گزر جانے کے بعد تک اسی مقدار کو جاری رکھنا چاہئے اور پھر یہ دوا بالکل موقوف کر دی جائے۔

روما ترم پر ان تین زیر غور دواؤں کے اثرات میں کوئی تین فرق نہیں عموماً سوڈیم والاٹک پسند کیا جاتا ہے، اور اکثر اس کے ساتھ سوڈیم بائی کاربونیٹ کی ساوی مقدار شامل کر دی جاتی ہے۔ بعض اوقات یہ دوائیں چندال کامیاب نہیں ہوتیں۔ دردم ہو کر جاری رہتے ہیں، یا ریکس (relapses) اکثر ہو جایا کرتے ہیں۔ ممکن ہے کہ ایسی حالت میں سیلی سلیٹ آف کوئین (salicylate of quinine) (۶ تا ۸ گرین) مفید ہو۔ یا قدیم قلوبی علاج کیا جاسکتا ہے یعنی پوٹاسیم بائی کاربونیٹ یا ایسٹٹ ۲۰ گرین ہر چار گھنٹے دینا، یا پوٹاسیم بائی کاربونیٹ کوئین کے ساتھ دینا۔ حاد و دما ترم کے دروں پر سیلی سلک ایسڈ شامل رکھنے والے مرکبات، مثلاً سلاول (salol)، سیلوپھن (salophen) اور ایسٹیل سیلی سلک ایسڈ (ایسپرین) کچھ اثر رکھتے ہیں۔ آخر الذکر ۱۵ یا ۲۰ گرین کی خوراکوں میں برشامہ (cachet) میں بہت متعمل ہے۔

264

ابھی یہ معلوم نہیں کہ سیلی سلیٹس کس طرح عمل کرتے ہیں۔ بہت سے ماہرین کا یقین ہے کہ یہ خود سرایت پر کوئی نوعی اثر نہیں رکھتے۔ فی الحقیقت یہ رائے ظاہر کی گئی ہے کہ تب اور درد مفاصل کو دور کرنے میں ایک گونہ نقصان ہے، کیونکہ اس سے قلب میں ایک ایسی دلالت جو کہ سرایت کی رفتار ظاہر کرتی ہے ہاتھ سے جاتی رہتی ہے، اور کسی قدر تب کا موجود رہنا سرایت کے خلاف ایک مفید ممانعت ہے۔

شدید ارتفاع حرارت (hyperpyrexia) کا علاج فوری اور مستعدی کے ساتھ ہونا چاہئے جیسا کہ ضربت اموات (Heat Stroke) کے بیان میں دیکھا گیا ہے۔

## زفن (داء الرقص)

(chorea)

(Sydenham's chorea, chorea minor)

داء الرقص کی میز خصوصیت جسم کے مختلف حصوں کی بیغامہ غیر ارادی

ہیں۔ اس کا مقبول عوام مرادف ”سینٹ وائٹس کا رقص“ رقص مانیا کی ان وباؤں کی طرف اشارہ کرتا ہے، جو ازمنہ وسطیٰ میں واقع ہوتی تھیں، جبکہ مریض سینٹ وائٹس کے مزار کی زیارت سے شفا یاب ہو جاتے تھے۔ اسی بنا پر اس مرض کا نام ”سینٹ وائٹس کا رقص“ (Chorea Sancti Viti) ہو گیا۔ لیکن جو شکایت ان وباؤں میں ہوا کرتی وہ کیتھریٹس یا کی سی کیفیت رکھتی تھی، اور اگرچہ دائر الرقص کا نام اب بھی بعض اوقات غیر طبعی حرکت کی بعض دوری فسموں کو ظاہر کرنے کے لئے استعمال کیا جاتا ہے، تاہم وہ عموماً اُسی عارضہ کے لئے محفوظ رکھا جاتا ہے جو اب بیان کیا جائے گا۔

**اسباب۔** دائر الرقص عا در و ترمیم کی ایک قسم ہے، اور اسی واسطے اُس کے اسباب بھی وہی ہیں جو اس کے ہیں۔ وہ بیشتر طفلی کا مرض ہوتا ہے، تقریباً نصف امابتنیں پانچ اور دس سال کی عمروں کے درمیان ہوتی ہیں، اور دوسری ایک تہائی دس اور پندرہ سال کے درمیان ہوتی ہیں۔ وہ لڑکوں کی نسبت لڑکیوں میں زیادہ اکثر الوقوع ہے، دو یا تین اور ایک کی نسبت میں۔ ڈریا دماغی صدمہ یا بار، جیسے کہ مدرسہ کے امتحانات کے لئے محنت کرنا، اس مرض کو بڑھانے والا سبب ہو سکتا ہے۔ بالغ مریضوں میں حل ایک عام پیش رو سبب ہے۔ ان میں سے بعض کو بچپن میں روماتزم اور دوسروں کو دائر الرقص ہو چکا ہوتا ہے۔

**مرضی تشریح۔** دماغ میں بیش دمویت پانی جاتی ہے۔ لیکن تغیرات اتنے زیادہ نہیں ہوتے کہ یہ ظاہر کریں کہ دائر الرقص کا سبب جراثیمی حملہ ہے۔ قطنی کچھ کے (lumbar puncture) سے لف خلیات میں کوئی زیادتی شاذ و نادر ہی دریافت ہوتی ہے۔

**امراضیات۔** دائر الرقص کے ایک روماتزمی سرایت ہونے کی تائید ان واقعات سے ہوتی ہے، الہاب دروں قلبہ کا اکثر وقوع، اور ہلکا صابتوں میں اُس کی تقریباً ہمیشہ موجودگی۔ دوران حیات میں اس کا تلام روماتزمی تپ اور اُس کے مختلف مظاہر کے ساتھ۔



پہلے جو نظریہ مانا جاتا ہے یعنی یہ کہ داء الرقص دماغ پر ایک جراثیمی حملہ ہے یہ ضروری معلوم ہونا ہے کہ اب اس کو ترک کر دیا جائے، الا چند خراب ترین امثالوں میں (جنونی داء الرقص) کہ جن میں بقیہ سب سمیہ کاشت کیا گیا ہے۔ حالیہ تحقیقات سے یہ نتیجہ نکلتا ہے کہ یہ مرض، 'سم' میں اور خاص کر دماغی نغاسی سیال یا یونی کیلشیم (ionic calcium) کا مایہا گھٹ جانے کا نتیجہ ہوتا ہے، یعنی یہ ۵ ملی گرام فیصدی سے کم ہو جاتا ہے، اور جب بچہ صحت یاب ہو جاتا ہے تو ۵ ملی گرام سے زیادہ ہو جاتا ہے (51)۔ اس نظریہ کی رو سے داء الرقص تکرز (tetany) سے ایک قریبی رشتہ رکھتا ہے۔ تکرز کی طرح اس میں بھی یہ دیکھا جاتا ہے کہ عضلات کی برقی ہیجان پر تحریک پذیری بڑھ جاتی ہے۔ چنانچہ اقل محرک رد جو کہ ایک طویل (supinator longus) میں فسال برقیہ کو عضلہ کے حرکی نقطہ پر لگانے پر ایک مرنی جھٹکا پیدا کر سکتی ہے، ۲ ملی امپیئر (milliamperes) سے کم ہے، حالانکہ طبعی اس عدد کے زیادہ ہے (52)۔

علامات۔ داء الرقص کے علامات تنہا موجود ہو سکتے ہیں، یا ان کے ساتھ حادہ ماتزم کے وہ مظاہر بھی ہو سکتے ہیں جو پہلے بیان کئے جا چکے ہیں۔ اس مرض کا نمایاں ترین خاصہ عضلات کا فعل ہے، وہ (۱) غیر ارادی حرکت، (۲) عدم اتساق (ataxy) یا ناہم آہنگی (inco-ordination) اور (۳) خفیف درجہ کی حقیقی کمزوری یا استرخا (paresis) کی حالت میں ہوتے ہیں۔ مرض ایک مستقل حرکت کی حالت میں ہوتا ہے، خواہ وہ لیٹا ہو، بیٹھا ہو یا کھڑا ہو۔ اور یہ حرکات، جو جسم کے تقریباً تمام عضلات میں پائے جاتے ہیں، جھٹکے دار، بیقاعدہ اور بے غایت ہوتے ہیں۔ انگلیاں کھولی اور بند کی جاتی ہیں، کلائی کو یکایک پھیلا یا یا خم کیا جاتا ہے، یا کندھا اٹھا دیا جاتا ہے۔ پہرے کے عضلات کو جھٹکا لگتا ہے، بھوس یکایک اونچی کر لی جاتی ہیں، سر یا آنکھیں ایک جانب کو گھمائی جاتی ہیں اور ٹھنڈی اونچی یا نیچی کر لی جاتی ہے۔ جو ارج زیرین میں حرکات اکثر کم ہوتے ہیں۔ پاؤں کی انگلیوں کو جھٹکا لگتا ہے، یا ایک گھٹنا گر پڑتا ہے۔ دھڑکے عضلات میں ہمیں جسم ایک یا دوسری طرف آدھا گھوما ہوا نظر آتا ہے، اور شکم کی ناگہانی باز کشیدگی،

یا تنفسی عضلات کا جھٹکے دار فعل دیکھنے میں آتا ہے۔

ارادی حرکات کے وقت یہ بیقاعدگی اور زیادہ نمایاں ہوتی ہے۔ اگر ہاتھ سامنے باہر پھیلائے جائیں تو سوجہ انھیں مضبوط تھامے رکھنے کے بالکل ناقابل ہوتا ہے۔ زبان باہر نکالنے پر وہ ایک جھٹکے کے ساتھ باہر نکالی جاتی اور شاید یکایک اندر کھینچ لی جاتی ہے، اور ساتھ ہی جبڑوں کے عضلات بیقاعدگی کے ساتھ متحرک ہوتے ہیں۔ چلنے میں ٹانھیں ادھر ادھر پھینکی جاتی ہیں، جسم کو جھٹکے کے ساتھ چکر دیا جاتا ہے، اور کندھے اوپر اٹھائے جاتے ہیں۔ اس طرح یہ بھی دیکھنے میں آسکتا ہے کہ عضلات بڑی تیزی کے ساتھ ڈھیٹے پڑ جاتے ہیں۔ کسی چیز کو پکڑ لینے کے بعد ایک یا دو انگلیاں جلد ڈھیٹلی ہو جاتی ہیں اور جلد ہی وہ ہاتھ یا بازو گر جائے گا۔ اگر مریضہ کو غور سے دیکھتے رہیں یا اگر وہ جوش کی حالت میں ہو جائے تو یہ حرکات زیادہ ہو جاتے ہیں۔ نیند میں حرکات موقوف ہو جاتے ہیں۔

اس مرض میں بچی کے مزاج میں تغیر ہو جانے کا امکان ہوتا ہے۔ مریضہ زود رنج، چڑچڑی، متلون المزاج، یا براغلیغہ ہو جاتی ہے، اور دماغی طور پر اس کا مافطہ کمزور ہو جاتا ہے اور وہ اپنی توجہ کو قائم نہیں رکھ سکتی۔

اقسام۔ بعض اوقات علامات نہایت خفیف ہوتے ہیں اور کچھ عرصہ ایسے ہی رہتے ہیں۔ انگلیوں کو صرف قدرے جھٹکا لگتا ہے، بیقاعدہ حرکات شاذ ہی دیکھنے میں آتے ہیں، لیکن بچی جن چیزوں کو لیجانے کی کوشش کرتی ہے انکو اگر ادیتی ہے۔ بعض اصابتوں میں حرکات ایک ہی جانب کے ہاتھ یا پاؤں تک محدود ہوتے

ہیں (نرفن لصفنی: hemichorea)۔ دوسری اصابتوں میں قطعی فالج ہوتا ہے اور زفنی حرکات خفیف ہی ہوتے ہیں۔ بازو پہلو میں لٹکا ہوا رہتا ہے اور وقت کے ساتھ اٹھایا جاسکتا ہے۔ انگلیوں کو کبھی کبھی جھٹکا لگتا ہے اور ان کی گرفت نہایت کمزور ہوتی ہے (شللی نرفن: paralytic chorea)۔ ممکن ہے کہ نرفنی لصفنی فالج (choreic hemiplegia) ہو جائے۔ شاذ اصاباتوں میں چاروں جوارح ماؤف ہو جاتے ہیں اور بچی بالکل بے بس پڑتی رہتی ہے، اور اگر اُسے اٹھایا جائے تو ہر جارہ ایک لکڑی کے کندے کی طرح نیچے گر پڑتا ہے۔ کبھی کبھی بے کلامی، ذہنی

مانیائی اور مالیخولیائی حالتیں بھی واقع ہو جاتی ہیں اور یہ عموماً ماضی ہوتی ہیں۔  
 استثنائی طور پر حرکات نہایت تند ہوتے ہیں۔ کھڑا رہنا یا بیٹھنا ناممکن  
 ہو جاتا ہے، اور مریض صاحبِ فراش ہو جاتی ہے، اور خود کو بستر میں نہایت  
 تند و تیز بیچ و تاب کے ساتھ ادھر ادھر پھینکتی پھینکتی ہے، ہاتھ اور بازوؤں کو  
 پلنگ کی جانبوں یا سرخانے پر مارتی ہے، اور کہنیوں، شانوں، سرینوں،  
 کولہوں، گھٹنوں اور ایڑیوں کو اس طرح رگڑتی ہے کہ جس سے جلد کی خطرناک  
 خراشیدگیاں پیدا ہو جاتی ہیں۔ اُسے غذا پہنچانا مشکل یا ناممکن ہو جاتا ہے،  
 کیونکہ ہر چیز جو مریض کے منہ کے پاس رکھی جائے دھکا دیکر ہٹا یا گرا دی جاتی ہے  
 بلکہ اگر وہ مریض کے منہ میں پہنچ بھی جائے تو ممکن ہے کہ بلع میں ہم آہنگی عضلات  
 نہ ہونے سے وہ پھر نکل جائے۔ یہ اصابتیں (زفن خطرناک: chorea gravis)  
 بعض اوقات نہایت تیزی کے ساتھ ترقی کر جاتی ہیں، مریض لگاتار حرکت اور  
 کافی غذا نہ پہنچنے کی وجہ سے حسرتہ معلوم ہوتا ہے۔ سریع لاغری واقع ہو جاتی  
 ہے، چہرہ سرخ ہو جاتا ہے، آنکھیں بیٹھ جاتی ہیں لیکن چمکدار ہوتی ہیں، لب  
 اور زبان خشک ہو جاتے ہیں، نبض سریع ہوتی ہے، اور بالآخر موت واقع  
 ہو سکتی ہے، اور اُس سے پہلے اکثر پیش کسی قدر بلند، اور حرکات موقوف  
 ہو جاتے ہیں۔ حقیقتاً ممکن ہے کہ مریض موت سے پہلے چند گھنٹے تک بالکل سکون  
 کے ساتھ پڑا رہے اور یہ خیال پیدا کر دے کہ نقیہیت شروع ہو گئی ہے۔ بعض  
 اصابتوں میں ذہن شدید طور پر ماؤف ہو جاتا ہے اور مریض ہدائی بلکہ وحشیانہ  
 طور پر مانیائی ہو جاتا ہے۔ ایسی تند مائیں پندرہ اور پچیس سال کے درمیان  
 کی عمروں میں نسبتاً زیادہ کثیر الوقوع ہیں، اور ان کا بڑا تناسب حاملہ عورتوں  
 میں ہوا کرتا ہے۔

مُددت - داد الرقص کی مدت نہایت تغیر پذیر ہوتی ہے۔ اصابتوں  
 کی غالب تعداد چھ ہفتوں سے لیکر تین ماہ تک قائم رہتی ہے۔ ایسا بھی بار بار ہوتا  
 ہے کہ مرض کے شدید مظاہر رفع ہونے کے بعد ضعیف جھٹکے بہت ہفتوں تک  
 تک ہوتے رہے ہیں، اور علامات کچھ عرصہ کے بعد پھر شدت کے ساتھ ہو جاتیں۔

بالاخر زیادہ تر مریض شفا یاب ہو جاتے ہیں۔ تند و تیز حالتیں عموماً قلیل المدت ہوتی ہیں۔ اگر موت واقع ہوتی ہے تو وہ اکثر پہلی علامت سے یا حرکات کے تند ہونے کے وقت سے دو یا تین ہفتوں کے اندر واقع ہو جاتی ہے۔ جب شفا ہوتی ہے، تو حرکات چند ہفتہ کے بعد سُست تر پڑ جاتے ہیں، اگرچہ ممکن ہے کہ کامل شفا یا بی میں کچھ عرصہ کی تاخیر ہو جائے۔ داد الرقص کئی طور پر رفع ہو جانے کے بعد بھی ٹکس کا احتمال رکھتا ہے۔ دوسرے یا تیسرے حملے اکثر ہو جایا کرتے ہیں۔ ممکن ہے کہ یہ پہلے حملہ کی نسبت قلیل تر مدت کے ہوں، لیکن دیگر خصوص میں اُس میں مختلف نہیں ہوتے۔

**عواقب مرض۔** اس مرض کے بعد بعض اوقات مریض کے یکایک چمک اٹھنے (sudden starts) کی قابلیت باقی رہ جاتی ہے، جو مہینوں کے عرصہ میں رفع ہو جاتی ہے۔ صرع (epilepsy) بھی شاید میں آتی ہے اور شفا یابی کے بعد ایک تعلق (tic) کا باقی رہ جانا ممکن ہے۔

**تشخیص۔** اس میں شاذ ہی کوئی رقت پیش آتی ہے۔ داد الرقص سے قریبی مشابہت رکھنے والے حرکات ہسٹیس یا کے جزو کے طور پر واقع ہو سکتے ہیں۔ وہ عموماً زیادہ متوازن اور زیادہ محدود المقام ہوتے ہیں اور بہ سرعت شفا یاب ہو سکتے ہیں۔ مادی شنج (habit spasm) بچوں میں موجود ہو سکتا ہے اور متذکرہ بالا سے قریبی مماثلت رکھتا ہے۔ اُس کے حرکات محدود المقام، اور نوعیت میں ارادی ہوتے ہیں، اور داد الرقص کے حرکات کی نسبت زیادہ قابل ضبط اور کم مستقل ہوتے ہیں۔ فریڈرک کے عدم اتساق (Friedrich's ataxia) میں حرکات جھٹکے دار ہوتے ہیں۔ لیکن چال مختلف اور سرگزشت نہایت طویل ہوتی ہے، اور دوسرے امارات موجود ہوتے ہیں۔

**انذار۔** یہ بچوں میں زیادہ امید افزا ہوتا ہے، قطع نظر قلب کی حالت کے۔ نو عمر بالوں میں یہ نسبت زیادہ غیر یقینی ہوتا ہے۔

**علاج۔** مادروما ترم کا علاج دیکھنا چاہئے۔ بچی کو بستر میں سکون کے ساتھ رکھنا، اور اُسے پریشان یا ناراض کرنے والی ہر امکانی چیز سے دور رکھنا چاہئے۔

غذا سادہ، مغذی اور بہ افراط ہونی چاہئے۔ کیلشیم آکسیجن (۱۰ تا ۱۵ گرین) اور کلوروٹون (۵ گرین) دن میں تین بار نفع بخش ہوتے ہیں۔ آرسینک (سم الفار) عموماً دیا جاتا ہے، لیکن اس کا کوئی ثبوت نہیں ہے کہ اُس سے کوئی نفع حاصل ہوتا ہے۔ نہایت تند اصابتوں میں ممکن ہے کہ ایک انفی ٹی (nasal tube) کی مدد سے غذا دینی پڑے۔ حال ہی میں پیرا تھارمون (parathormone) کے اثرات سے جو کہ دماغی نغائی سیال میں کیلشیم کو بڑھا دیتے ہیں، موافق نتائج حاصل ہوئے ہیں۔ دس سال کے بچہ کے لئے اس کے ۵ قطرے شب کو اور صبح دئے جاتے ہیں اور تین سال کے بچہ کے لئے ۳ قطرے دئے جاتے ہیں۔

## التهاب دروں قلبہ

(ENDOCARDITIS)

التهاب دروں قلبہ، دوسرے بہت سے التهابی اعمال کی طرح، ہمیشہ قریب عضویوں یا اُن کے سموم کے فعل کے باعث ہوا کرتا ہے۔ عام طور پر وہ حصے جو کہ پہلے ماؤف ہوتے ہیں قلب کے بائیں جانب کے مصراع ہوتے ہیں، ضرراً اکثر اُن ہی تک محدود ہوتا ہے، اور ممکن ہے کہ بالکل زائل ہو جائے، یا اگر کوئی خفیف سے آثار باقی رہتے ہیں تو وہ مصراعی ساخت کا نقصان ہوتا ہے، جس کے آخری نتائج تھیر اُس مصراع کے میکانی فٹل پر منحصر رہتے ہیں۔ یہ سادہ حاد التهاب دروں قلبہ (acute endocarditis) ہے، اور مزمن التهاب دروں قلبہ (chronic endocarditis) کی اصطلاح کا اطلاق مصراحوں کے اُن مستقل تشوہات اور تغیرات پر کیا جاتا ہے جو ایک سادہ حاد التهاب دروں قلبہ کا نتیجہ ہوتے ہیں اور جو ممکن ہے کہ مابعد حاد حملوں سے زیادہ خراب ہو جائیں۔ لیکن یہ اصطلاح اس التهابی عمل کے لئے بھی استعمال کی جاتی ہے جو ابتدا ہی سے مزمن ہو۔ دوسری اصابتوں میں، مثلاً کو میں اس سے زیادہ وسیع تغیرات واقع ہو جاتے ہیں، نیز دقیق عضویہ موجود ہوتے ہیں اور ممکن ہے کہ وہ جوئے خون کے ذریعہ جسم کے دور افتادہ حصوں تک پہنچ جائیں۔

اور اس طرح مرض کے تازہ مرکز پیدا کر دیں۔ اس کو خبیث التهاب دروں قلبہ (malignant endocarditis) کہتے ہیں۔

## حاد التهاب دروں قلبہ

(acute endocarditis)

**اسباب۔** حاد التهاب دروں قلبہ، مریضوں کی نہایت غالب تعداد میں، ایک سرایت ہے جو حاد روماتزم کے قشب کے باعث ہو جاتی ہے۔ اس پر بحث کیجا چکی ہے۔ عموماً التهاب عضلہ قلب اس کے ساتھ متلازم ہوتا ہے۔ حمی قرمزیہ، نفاق وبائی، تپ محرقة اور دوسرے ساری امراض میں بھی حاد التهاب دروں قلبہ واقع ہو جاتا ہے۔ کبھی کبھی وہ مرض برائٹ، آتشک اور دوسرے مزمن امراض کی ترقی کے دوران میں واقع ہو سکتا ہے۔ وہ مقامی تضررات جیسے کہ سگنا مصراع کے یا احوال و تری کے انشقاق کے بعد اور قلب کے ایک حصہ کی دوسرے حصے پر غیر فطری فرک لگنے سے بھی واقع ہو سکتا ہے۔ غیر طبعی روزنوں میں سے خون کی روؤں کا گزرنا دروں قلبہ مقامی التهاب پیدا کر سکتا ہے۔ کسی ساری مرض سے مرنیوالے مریضوں کے مصراعوں، بالخصوص اوسطی مصراعوں پر دقیق روئیدگیوں کا نظر آنا نہایت عام ہے، اور اس سے جوئے خون کی منتہائی نہایت ظاہر ہوتی ہے۔ حاد التهاب دروں قلبہ کے جدا گانہ بیان کی ضرورت نہیں، کیونکہ حاد روماتزم اور دوسرے ساری امراض کے تحت اس پر بحث ہو چکی ہے۔

## مزمن التهاب دروں قلبہ

(chronic endocarditis)

(قلب کا مزمن مصراعی مرض)

**مصراعی تضررات کا اضافی تواتر۔** التهاب دروں قلبہ کا قلب کی دونوں جانبوں کے ساتھ کیا تعلق ہے، یہ امر بہت بڑی اہمیت رکھتا ہے اگر التهاب دروں قلبہ جنبی زندگی کے دوران میں ہو تو یقین کیا جاتا ہے کہ وہ ریوی یا شلتی مصراعوں

پر حملہ آور ہوگا، لیکن یہ امر بہت شاذ ہے کہ دوران زندگی میں اکتسابی طور پر ہونے والا التهاب دروں قلبہ صرف قلب کے دائیں جانب کے مصراعوں پر حملہ آور ہو۔ شفاخانہ کینی (Guy's Hospital) کے ۲۰۰۰ امتحانات بعد المات میں ایسی مثال صرف ایک تھی۔ اس کے برعکس دائیں جانب کے التهاب دروں قلبہ کا بائیں جانب کے التهاب دروں قلبہ کے ہمراہ واقع ہونا استدر غیر عام نہیں ہے (۱۸) عام ترین واقعہ یہ ہے کہ بائیں جانب کے مصراع تہناؤف ہوا کرتے ہیں۔ مطرانی مصراع کا مرض اس سے زیادہ عام ہوا کرتا ہے کہ جتنا اور طبعی مصراع کا مرض، کیونکہ روماتزمی تپ جو کہ مطرانی مصراع پر خاص طور پر حملہ آور ہوتی ہے، مصراعی مرض کی عام ترین پیش رو ہے۔ بازروی (regurgitation) بذات خود، جیسا کہ ایک ایسی انکماششی خیر سے ظاہر ہوتا ہے، مطرانی دہمہ پر نہایت اکثر الوقوع واقعہ ہوتی ہے، اگرچہ اس میں شبہ ہے کہ یہ بازروی مرض مصراع کی وجہ سے ہوتی ہے یا ایک منع مطرانی حلقہ کی وجہ سے۔ تسدد اور بازروی کا اجتماع تو اثر کے لحاظ سے اس کے بعد آتا ہے، اور خاص مدود دی سب سے قلیل الوقوع ہوا کرتی ہے۔ لیکن کسی بھی قسم کے مطرانی مرض کی اصابتیں جو امتحان بعد المات کے لئے آتی ہیں ان کی اکثریت میں ضیق پائی جاتی ہے۔ یہ اس واقعہ کی وجہ سے ہے کہ ضیق مطرانی مصراع کے طویل المدت التهاب کا قدرتی نتیجہ ہوتی ہے۔ اور طبعی دہمہ پر بازروی اس سے بہت زیادہ عام ہوتی ہے کہ جتنی مدود دی۔ روماتزمی اصابتوں میں اور طبعی مرض عموماً مطرانی مرض کے ساتھ متلازم ہوتا ہے۔ حتمی قرمزید کے بعد ہونیوالی اصابتوں میں اس سے زیادہ تعداد میں اور طبعی مرض ہوتا ہے کہ جتنا حاد روماتزم کے بعد ہونے والی اصابتوں میں۔ خالص اور طبعی مرض آشک کے باعث ہوتا ہے اور شاذ طور پر حاد روماتزم کی وجہ سے ہوتا ہے۔ قلب کے دائیں جانب پٹلشی بازروی جو بالکل عام طور پر ملتی ہے وہ عضلی حلقہ کے اس اتساع کے باعث ہوتی ہے جو پٹلشی فٹل کے بعد ثانوی طور پر ہوتی ہے اور اس وجہ سے وہ فی الحقیقت ایک مصراعی ضرر ہے ہی نہیں۔

تو فیضی اتساع اور پیش پرورش اولاً قلب کے اس منصوص کہنے کو ماؤف کرتے ہیں جس کے ساتھ ماؤف شدہ مصراع تعلق رکھتے ہیں۔ تاہم جب

تعویض کا فشل واقع ہوتا ہے تو قلب کے دوسرے کچھ بھی ماؤف ہو جاتے ہیں۔ مثلاً اگر بایاں بطین تنسع ہو جاتا ہے تو وہ عضلی حلقہ بھی جس سے مطرانی مصراع معلق ہے اس اتساع میں شریک ہو جاتا ہے۔ اس سے مطرانی بازروی پیدا ہو جاتی ہے۔ اس کے نتیجہ کے طور پر بائیں اُذین کا اور پھیپھڑوں کا احتقان پیدا ہو جاتا ہے اور ساتھ ہی ربوی خون کا دباؤ بڑھ جاتا ہے۔ اب اس مزاحمت کو دفع کرنے کے لئے دایاں بطین بیش پروردہ ہو جاتا ہے۔ اگر اس کھنک کا اتساع واقع ہو جائے تو اس سے مثلی بازروی اور ساتھ ہی شکمی احتسا، کا احتقان پیدا ہو جاتا ہے۔ مصراعی مرض کے ساتھ اکثر عضلہ قلب کا شحمی اور یغنی آسا انحطاط متلازم ہوتا ہے۔ یہ انحطاط اُسی سبب سے ہو سکتا ہے کہ جس نے ابتدائی مصراعی مرض پیدا کر دیا ہو مثلاً روماتزمی تب، آتشک وغیرہ، یا یہ عضلہ قلب کے تغذیہ کی کمی کا راست نتیجہ ہو سکتا ہے۔ آج کل اس خیال کی طرف رجحان ہو رہا ہے کہ مصراعی مرض میں فشل قلب پیدا کر دینے والا جو سبب سے زیادہ اہم عامل ہے وہ عضلہ قلب کی حالت ہے۔ اگرچہ ایسا مصراعی مرض جس کے ساتھ عضلہ قلب کے تغیرات نہوں و ریش کے بعد سانس پھولنے اور سنگی کے علامات پیدا کر سکتا ہے، جس سے تعویض کا اضافی فشل ظاہر ہوتا ہے، تاہم غالباً یہ صحیح ہے کہ اگر عضلہ قلب تندرست ہے تو تعویض کا کامل فشل واقع ہونے کا امکان بمشکل ہوگا۔ اس کے ساتھ ہی یہ ضروری ہے کہ قلب پر بحیثیت مجموعی غور کیا جائے۔ فی الحقیقت یہ ناممکن ہے کہ مصراعی مرض کے اثر کو عضلہ قلب کے تغیرات کے اثر سے جدا کیا جائے اس وقت جبکہ یہ دونوں ایک ساتھ موجود ہوں۔

## اورطی مرض

مرضی تشریح۔ اورطی مصراع کے مرض کے دو خاص اسباب ہیں اولاً، مادروما ترم ہے۔ یہاں اورطی مصراعوں کا مرض ۶۲ فیصدی اصابتوں میں مطرانی مصراعوں کے مرض کے ساتھ متلازم تھا۔ ۳۸ فیصدی میں اورطی مصراع تنہا ماؤف تھے۔ ثانیاً، آتشک ہے۔ یہ مرض عموماً اولاً التهاب اورطی پیدا کرتا ہے، اور اسی



عمل میں اور سی مصراع بھی ماؤف ہو جاتے ہیں، لیکن مطرانی مصراع عموماً غیر متاثر رہتے ہیں۔ ۲۹۶ اصابتوں کے ایک سلسلہ میں مادر و ماترم ۵، ۶ فیصدی میں وجہ مرض تھا، جن میں مرد اور عورتیں تقریباً مساوی تناسب میں تھیں۔ آتشک (تین آدمی ایک عورت کے پیچھے) ۱۸، ۶ فیصدی میں۔ اتھروما (تمام معمر مرد تھے) ۶، ۸ فیصدی میں۔ دیگر اسباب ۱، ۷ فیصدی میں۔

مرضی کشش - اور ملی مصراعوں میں یہ تغیرات ہونے ہیں کہ ان کے پٹوں کے قاعدوں کی طرف یعنی بافت سے دبازت پیدا ہو جاتی ہے، ان کی آزاد کور نسبت کم حد تک دبیز ہو جاتی ہے، اور ان کے نیم قطری ناپ چھوٹے ہو جاتے ہیں جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ پٹ دھنہ کو دھانکنے کے لئے باہم مل نہیں سکتے۔ قلب کی بیش ریب بھی ملاحظہ ہو۔ 268

چونکہ تینوں نیٹ جدا جدا ہوتے ہیں، لہذا مزمن التهاب انھیں ایک دوسرے سے علیحدہ طور پر ٹکڑا دیتا ہے، اور نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ اور ملی باز روی پیدا ہو جاتی ہے، نیز باز روی جوئے خون کی رگڑ کی وجہ سے دروں قلب کی دبازت واقع ہو جاتی ہے۔ اور ملی کی دیوار پر اس جگہ جہاں مصرائی فلتے باہم ملتے ہیں ان تین نقطوں پر کیقدر دبازت واقع ہو سکتی ہے اور یہ فلتے عموماً ان تین نقطوں پر کیقدر بچے ہوئے ہوتے ہیں، لیکن اسنے کافی نہیں چمکتے کہ جس سے فتح کی ضیق پیدا ہو جائے۔ مصراعوں کے لئے یہ کیقدر شاذ ہوتا ہے کہ وہ باہم اتنے پیوستہ یا اتنے مکلس یا غلیمی جماؤں سے اتنے دبیز ہو جائیں کہ خون کے بہاؤ میں مزاحمت پیش کریں، مطرانی مصراع کی صورت اس سے بالکل متضاد ہے، لیکن جب ضیق موجود ہوتی ہے تو عموماً کیقدر باز روی بھی ہوتی ہے۔ اشتثالی طور پر یہ التصاق (fusion) اتنا مکمل ہوتا ہے کہ اور ملی کے اندر خون کے گزرنے کے لئے صرف ایک چھوٹا مٹھ رہ جاتا ہے، اور پھر بھی مصراع بخوبی بند ہو سکتا ہے۔ دوران خون پر متواتر اوپر زور پڑتے رہنے سے، بالخصوص ہاتھوں کے زیادہ استعمال سے، جیسا کہ آہنگر آہ کشوں اور معنتی پیشہ کرنے والے دوسرے اشخاص میں واقع ہوتا ہے، ممکن ہے یہ ضررات زیادہ شدید ہو جائیں۔ بعض اوقات ایک مصراع کا اسوقت جبکہ

وہ التہاب سے نرم پڑ گیا ہلانا کہانی انشتاق واقع ہو جاتا ہے۔

اوسطی مضیق

**(aortic stenosis)**

امراضیات۔ کوہنہم (Cohnheim) کے اُن تجربات میں جو جانوروں پر کئے گئے، اور ملی کے گرد ایک بند ٹیٹ لگا کر اُسے بتدریج کس دیا گیا۔ اس ضرر کی توضیح بطن کے عضلی انقباضات کی طاقت بڑھ جانے سے واقع ہوئی، بالفاظ دیگر قلب کی فی منٹ برآمد، اور شریانی اور وریدی دباؤ وہی ہے، لیکن دروں بطنی دباؤ بہت زیادہ بڑھ گیا، شرح قلب سُست ہو گئی، اور قلب کی اُس کوشش میں جو وہ اپنے مافیہا کو اس مصنوعی طور پر بڑھی ہوئی مزاحمت کے مقابلہ میں باہر نکالنے میں صرف کرتا ہے، بطن کے انقباض کی حقیقی مدت زیادہ ہو گئی۔ قلب کا ناگہانی قفل شدہ اُسی وقت واقع ہوا جبکہ شریک ایک خاص حد تک پہنچ گئی۔

بالکل یہی حالات مرض سے پیدا شدہ اور طبی ضیق میں بھی موجود ہوتے ہیں، یہ استفاء اس کے کہ یہاں ضرر بتدریج ہوتا ہے، جس سے قلب کو توافق حاصل کر لینے کا وقت مل جاتا ہے۔ وہ زائد کام جو قلب کے ذمہ عائد ہو جاتا ہے بائیں بطن کی اتالی بیش پرورش پیدا کر دیتا ہے۔ ایک غیر ترقی پذیر ضرر کی حالت میں یہ بیش پرورش خود اتنی کافی ہوتی ہے کہ ہر انکماش کے وقت بطن کو تنگ فتح کی راہ سے مکمل طور پر غالی کر دے۔ صرف اس وقت جبکہ تعویض کا فشل واقع ہونا شروع ہوتا ہے، بطن کا اتساع ہوتا ہے، اور یہ اتساع قلب کے دوسرے کہنوں میں پھیل جاتا ہے۔

۱۔ غلامات۔ خالص اور فی حقیق میں : جو بیان کردہ دہوات کی بنا  
 ایک استثنائی حالت ہے ' فریر انکاشی ہوتا ہے ' جو بعض دانیوں میں انصوح  
 ہوتا اور بعض باتوں میں شریافوں میں ستانی ہوتا ہے ' اصلاً کے  
 ایک کثرت انکاشی ذہنہ محسوس ہوتا ہے '

خون کی رگوں میں ایک رکاوٹ حائل ہونے کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ نظامی نہر امین کے دموی عمود پر بطبعی انقباض کا پورا اثر نہیں پڑ سکتا، اور یہ محسوس کیا جاسکتا ہے کہ نبض کی ناگہانی مفقود ہوتی ہے اور وہ بالکل آہستہ آہستہ اٹھتی ہے۔ ایسی حالت میں ترکیب نبض شہوتی ہوتی ہے، یعنی قریبی موج اپنے بعد کی جزری موج کی نسبت نیچی ہوتی ہے اور جزو صاعد پر ایک ارتفاع کے طور پر ظاہر ہوتی ہے۔ اس شکل کی انتہائی قسم میں یہ موج گول بجاتی ہے یا بالکل غیر موجود ہوتی ہے، اور اس کی ترکیب اس ترکیب سے مشابہ ہوتی ہے جو صفحہ 308 پر شکل ام الف میں دکلائی گئی ہے۔ جس کرنے پر یہ نبض غیر کثیر الوقوع اور سست رفتار (نبض بطی) = *pulsus tardus* ہوتی ہے۔ جب اورطی ضیق کامل طور پر تعویض یافتہ ہو تو ممکن ہے کہ مریض میں کوئی علامت نہ ہو۔ دوسری اصابتوں میں سینہ میں درد اور ضیق کا احساس دیکھنے میں آسکتا ہے۔ جب تعویض کا فشل ہونا شروع ہوتا ہے تو سانس کا پھولنا اور ویدی استلاء کے آمارات مشاہدے میں آتے ہیں۔

## اورطی بازروی

(aortic regurgitation)

امراضیات - اگر کسی جاوڑ میں ایک اورطی مصراع کو بتدریج متضرر کیا جائے تو جیسا کہ اورطی ضیق میں ہوا کرتا ہے، تعویض فی الفور واقع ہو جاتی ہے۔ قلب کی بائیں ترسہ رہتی ہے، اور ویدی دباؤ غیر متغیر رہتا ہے۔ تاہم انکماش دباؤ بہت زیادہ اور ابساطی دباؤ بہت کم ہو جاتا ہے، اور ان دونوں دباؤں کے درمیان کا اوسط تقریباً اتنا ہی رہتا ہے جتنا کہ پہلے تھا۔

269

یہ پایا گیا ہے کہ قلبی انسانی قلب بحالت آرام شریانی نظام کو فی منٹ خون کے تقریباً ۶ لیٹر (یا تھری طور پر فی ضرب ۸۰ سی۔ سی) پہنچاتا رہتا ہے۔ یہ وہ مقدار ہے جو خود قلب، دماغ اور دوسرے اعضاء کے تغذیہ کے لئے ضروری ہے۔ دوران ورزش میں فی منٹ ۱۲ لیٹر قلب کے اندر ہو کر گذرتے ہیں۔ فرض کیجئے کہ اورطی مصراع کی عدم کفایت (incompetence) کا نتیجہ یہ ہو کہ باہر نیچے ہوئے

خون میں سے آدھا خون ہر انبساط کے دوران میں بائیں بطن کے اندر واپس چلا جاتا ہو۔ ایسی صورت میں چونکہ تقویض یافتہ ضرروں میں قلب کی شرح وہی رہتی ہے، لہذا قلب کے ۶ لیٹر فی منٹ خون کی رسد قائم رکھنے کے لئے یہ ضروری ہے کہ ہر ضرب پر اورطی مصراعوں کی راہ سے ۱۶۰ سی۔ سی باہر بھیجے جائیں۔ اس کے یہ معنی ہیں بائیں بطن کو بجائے ۸۰ سی۔ سی کے ۱۶۰ سی سی کی گنجائش مستقر رکھنی چاہئے۔ اسی واسطے اورطی بازروی میں بائیں بطن کا اتنی اتساع واقع ہو جاتا ہے۔ لیکن اسی کے ساتھ عضلی دیوار کی ایک ثانوی بیش پرورش بھی واقع ہو جائیگی، کیونکہ بائیں بطن کا کام بڑھ گیا ہے اور اب اسے

شرائین میں کے دباؤ کے مقابلہ میں اورطی مصراع کی راہ سے بجائے ۸۰ سی۔ سی کے ۱۶۰ سی۔ سی خون باہر بھیجنا پڑتا ہے۔

دوران ورزش میں نہ ضر

ب

قلب زیادہ سرعت کے ساتھ ضرب لگاتا ہے بلکہ خون کا حجم جو ہر ضرب کے ساتھ باہر نکلتا ہے وہ بھی زیادہ ہو جاتا ہے۔ فرض کیجئے کہ ہر ضرب کے ساتھ کی برآمد دوگنی ہو جاتی ہے، تو ایسی صورت میں بازروی کی اصابتوں میں قلب کو ہر ضرب

شکل ۴۰۔ الف۔ اورطی بازروی کی نبض۔  
دباؤ ۳ اونس۔ ب۔ اورطی بازروی کی نبض۔  
دباؤ ۴ اونس۔

کے ساتھ بجائے ۱۶۰ سی۔ سی کے جو طبعی حالت میں باہر نکلتے ہیں، اب ۳۲۰ سی۔ سی نکالنے پڑینگے۔ یہ عارضی اتساع امراضیاتی حالتوں میں غالباً اس سے بہت زیادہ ہے جتنا ایک قلب میں اس کی گنجائش ہے۔ اس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ قلب خون کی یہ مطلوبہ مقدار بہم پہنچانے کے ناقابل ہو جاتا ہے۔ اس سے ایسے ضررات میں قلب کی محفوظ قوت کے ضیاع کی مثال ملتی ہے جو بحالت سکون کامل طور پر تقویض یافتہ ہوتے ہیں۔

طبیعی امارات - اورطی بازروی کی اصابتوں کی متمیز خصوصیت وہ غیر ہے جو پہلے بیان ہو چکا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 221)۔ بعض اوقات یہ خیر صرف ایک جونی سماع الصدر کی وساطت سے یا دیوار سینہ پر کان کو راست لگانے سے سنا جاسکتا ہے کبھی کبھی یہ بالکل سنائی نہیں دیتا۔ ایک اورطی انبساطی خیر کے ساتھ نہایت عام طور پر اورطی رقبہ میں ایک انکماش خیر ہوتا ہے جو اوپر کو گردن میں تعاقب پذیر ہوتا اور نام نہاد پیش پس خیر بناتا ہے۔ اس سے یہ مراد نہیں کہ متلازم ضیق بھی موجود ہے، تاوقتیکہ اس کے دوسرے امارات نہوں، مثلاً ایک ذنبہ، یا ایک شہوتی یا دو ضربی نبض (bisferiens pulse) کیونکہ کثرت یا ناہموار مصرع دوران انکماش میں ایک منہد صاع (fluid vein) اور گردانی روئیں پیدا کر سکتے ہیں، بلا اس کے کہ کوئی ضیق موجود نہ ہو اورطی بازروی کا مثالی خیر اکثر اوقات ایک انبساطی یا قبل انکماش خیر کے ساتھ بھی متلازم ہوتا ہے، جو اس پرکشا جاتا ہے، حالانکہ مطرانی مصرع بالکل تندرست ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ اس خیر کے ساتھ ایک ذنبہ بھی ہو۔ اس متلازم کو فلینٹ (Flint) نے متلازم میں بیان کیا تھا، چنانچہ یہ خیر اسی کے نام سے منسوب ہے (نیز ملاحظہ ہو صفحہ 261)۔ اورطی بازروی میں قلب قسع اویشن بکھردہ ہوتا ہے، اور صدم نیچے کی طرف اور قد سے باہر کو منتقل ہو جاتا ہے۔

انکماش دباؤ نبضی فشار پیم (sphygmomanometer) سے امتحان کرنے پر اکثر بڑھا ہوا پایا جاتا ہے، اس کے برعکس انبساطی دباؤ نہایت کم ہوتا ہے۔ واقعہ یہ ہے کہ اسوقت جبکہ بازو بند میں کوئی دباؤ نہ ہو عضدی شریان پر ایک بلند انکماش خیر کا سنائی دینا بالکل عام ہے، جس سے ظاہر ہوتا ہے کہ انبساطی دباؤ کو کم سے کم آ جاتا ہے۔ جب کبھی کسی مریض کے امتحان میں انبساطی دباؤ ۵۰ ملی میٹر سے نیچے پایا جائے تو یہ واقعہ اورطی بازروی کے امکان کی بڑی دلالت ہے اورطی بازروی میں یہ بھی پایا جاتا ہے کہ انکماش دباؤ عضدی شریان کے نسبت غذی شریان میں زیادہ بلند درجہ کا ہوتا ہے۔ موج نبض کے یکایک صعود کرنے اور ساویا یکایک نزول کرنے سے انگلی کو ایک عجیب حس حاصل ہوتی ہے، جو مختلف ناموں سے ظاہر کی جاتی ہے جو اس قسم کی نبض کو دئیے گئے ہیں، مثلاً فسی (kicking)

شبی (splashing)، مطر قی (water-hammer) اور طلقی (shotty)۔ اسے نبض سریع (pulsus celer) بھی کہتے ہیں۔ شریانوں میں انبساط اور انقباض کے ناگہانی اور وسیع حرکات سارے جسم پر نمایاں اثرات پیدا کر دیتے ہیں۔ گردن کی رگیں پھڑکتی ہوئی دکھلائی دیتی ہیں اور اکثر درد کے ساتھ پھڑکتی ہیں، اصبغی شریانیں (digital arteries) غیر معمولی طور پر صاف محسوس کی جاسکتی ہیں، اور چشم بین کے ذریعہ جیسے شبکیاتی شریان کا نبضان بہ آسانی نظر آسکتا ہے۔ اس کی توجیہ حسب ذیل ہے:- شریانی انبساطی دباؤ ادنیٰ درجہ کا ہوتا ہے، اور اس دباؤ کے خلاف بیش پرورد قلب خون کے ایک غیر معمولی طور پر بڑے حجم کو تیز شرح سے باہر بھیجتا ہے، جس سے ایک غیر معمولی طور پر بلند درجہ کا انکماش دباؤ پیدا ہو جاتا ہے۔ یہ دباؤ سرعت کے ساتھ گر کر کم ہو جاتا ہے، کیونکہ قلب جس سرعت کے ساتھ اپنے مافیہ کے آخری حصے کو اور طی کے اندر خالی کرتا ہے خون اس کی نسبت زیادہ تیزی کے ساتھ محیط کے اندر چلا جاتا ہے۔ یہ ناگہانی اور سریع سقوط ایک ٹپکنے والے مصراع کی راہ سے قلب کے اندر خون واپس چلے جانے کی وجہ سے نہیں ہوتا (گو ادنیٰ انبساطی دباؤ اسی وجہ سے ہوتا ہے) کیونکہ یہ سقوط دو ضربی کٹاؤ سے پہلے واقع ہوتا ہے (ملاحظہ ہو شکل ۴۰ الف)۔ ایسا ہی ایک منظر میر کے لئے دار جھسکوں پر مشتمل ہوتا ہے، جو نبض کے ساتھ ہر زمان ہوتے ہیں (امارت مسیٹ: signe de Musset)۔ یہ اور طی باز روی کے ساتھ مخصوص نہیں بلکہ اور طی انوربہما میں اور بڑے پلورائی انصبابات میں بھی واقع ہوتا ہے۔

اور طی عدم کفایت (aortic incompetence) شعری نبضان بھی پیدا کر سکتی ہے۔ یہ ناخنوں کے نیچے، ممالوں میں، یا مقع عروق شعریہ کے اُس رقبہ میں دیکھا جاسکتا ہے جو سطح پیشانی پر ایک تیز نوک کھینچنے سے پیدا ہو جاتا ہے یا اُلٹائے ہوئے نیچے کے لب کی غشائے مخاطی پر ایک خود بینی خیشہ کا شریحہ دبانے سے۔ دونوں حالتوں میں زیر مشاہدہ عروقی رقبہ ہر ضرب قلب کے ساتھ متبادلًا زیادہ سیاہ اور زیادہ شامب ہو جاتا ہے۔

علامات - اور طی باز روی کے علامات مطرانی مرض کے علامات سے نمایاں طور پر مختلف ہوتے ہیں۔ یہ اس واقعہ کی وجہ سے ہے کہ قلب سے حاصل

ہونے والی تریانی رسد اسوقت کم ہو جاتی ہے جبکہ ابھی پیسیپیروں میں کوئی امتلا واقع نہیں ہوتا۔ اول الذکر ایسے علامات پیدا کر دیتی ہے جو دماغی عدم دمویت کی طرف منسوب ہو سکتے ہیں، اور اس سے دوران سرا وغشی کے ناگہانی حملے ہوتے ہیں۔ بیخوابی اور اور ناک سے خون بہنا دوسرے عام علامات ہیں۔ مریض اکثر علیہم اللہم ہوتے ہیں، اُن کا چہرہ اور لب اور مخاطی اغشیہ مشابہ ہوتے ہیں۔ سانس کا چھوٹا اکثر نہیں ہوتا۔ اکثر اوقات یہ پہلے پہل رات کے وقت دوری حلوں یا چین اسٹوکس تنفس کی صورت میں نمودار ہوتا ہے، جو کہ چپ جانبی فشل اور نتیجتاً ریوی احتقان کے ماتلازم ہوتے ہیں (ملاحظہ ہو صفحہ 252)۔ بعد میں اگر سارا قلب فشل پذیر ہونا شروع ہو تو وریدی امتلا کے تمام علامات و امارات ظاہر ہو جاتے ہیں۔ تحت القصہ بعد اعلیٰ بازروی میں عام ہے، اور ذبجہ صدریہ کے مثالی حملے واقع ہو سکتے ہیں۔ مریض کبھی کبھی غشیان کے ناگہانی حلوں سے مر جاتے ہیں اور ممکن ہے کہ یہ قلب کے تائیمی امتناع کے باعث ہوتے ہیں۔

## مطرائی مرض

(mitral disease)

مرضی تشریح۔ مطرائی مرض کا معمولی سبب مادر و ماتزم یا دوسری قحطی سببی سرایت ہے، نہ کہ آتشک۔

التهابی تغیر اصل ان تغیرات میں جو مادر و ماتزم کی وجہ سے اور طی مرض میں پیدا ہو جاتے ہیں، لیکن نتائج مصراع کی ساخت کی وجہ سے بالکل مختلف ہوتے ہیں۔ مطرائی مصراع کے دو پٹوں کا ذکر کرنا فی الحقیقت ایک غلط طرز بیان ہے۔ مطرائی مصراع دراصل ایک جھال یا پردہ ہے جو دہنہ کو گھیرے ہوئے ہے، اور یہ ایک جانب پر زیادہ نمو یافتہ ہو کر مطرائی مصراع کا اور طی پٹ بنا دیتا ہے لیکن نام نہاد ماشئی پٹ ایک جداگانہ ساخت کے طور پر کبھی موجود نہیں ہوتا۔ التهاب اس مصراع کی دبازت اور اس کا اوپر سے نیچے کو قصر پیدا کر دیتا ہے، جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ اس کے بند ہونے پر پورا توافق نہیں ہوتا اور بازروی پیدا ہو جاتی ہے۔ لیکن معمولی طور پر یہ

مصراع کا قصور واقع ہو جاتا ہے، جس سے ضیق پیدا ہو جاتی ہے، اور التهاب جس قدر زیادہ عرصہ تک جاری رہتا ہے ضیق اُس قدر زیادہ ہوتی ہے۔ قصور کی یہ دو قسمیں اکثر ساتھ ساتھ موجود ہو کر ایک دوسرا ضرر پیدا کر دیتی ہیں۔ خفیف التهاب آنا کافی محیطی قصور نہیں پیدا کر سکتا کہ جس سے سریر یا قی ضیق پیدا ہو جائے، مگر اُس سے بازروی پیدا ہو سکتی ہے۔ ممکن ہے کہ شدید التهاب نہما بازروی، یا تنہا ضیق پیدا کر دے، یا زیادہ عام طور پر دونوں کو بیک وقت پیدا کر دے۔ ضیق کی موجودگی ہمیشہ مصراع کی شدید سرایت ظاہر کرتی ہے۔ بعد الممات امتحان بھی ظاہر کرتا ہے کہ مطرائی مرض میں امبال و تری موٹے اور چھوٹے ہو گئے ہیں، حقیقتہً اتنے چھوٹے کہ مصراعی پردہ عضلات حلیمہ کے ساتھ سلسل ہوتا ہے، اور وہ خود بھی یعنی تغیر سے ماؤف ہوتے ہیں۔ ضیق کی بعض اصابتوں میں محیطی قصور واقع ہوتا ہے بغیر اس کے کہ اوپر سے نیچے کی طرف زیادہ قصور واقع ہو۔ دوسری اصابتوں میں دونوں قسموں کا قصور موجود ہوتا ہے، جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ مصراع کی کشیف سطح میں اذینی جانب پر صرف ایک تنگ جھری نظر آتی ہے۔ اس طرح قیف نما اور کاج نما دھنوں کی تفریق کی جاتی ہے، اور اول الذکر بچوں میں نسبت بہت زیادہ اکثر الوقوع معلوم ہوتا ہے [۱۵ اور اکی نسبت میں البٹ (Allbutt)] اور آخر الذکر بالغوں میں (۲۵) اور اکی نسبت سے)۔

مطرائی ضیق کو مزمن سرایت یا مصراع پر مادہ سرایت کے کرر حلوں کا نتیجہ سمجھنا چاہئے، جو پٹوں کا انضمام تقبض اور دبازت پیدا کر دیتے ہیں۔ اس کی نمویابی کے لئے چند سال کی ضرورت ہوتی ہے۔ اس سے اس واقعہ کی توضیح ہوتی ہے کہ وہ بچوں میں اکثر نہیں پائی جاتی، اگرچہ وہ بلوغ کے بعد سے پائی جاتی ہے۔ اس کے برعکس مطرائی بازروی مصراعی التهاب کی کم شدید شکل بخیر کہ مادر و ماترم کی ہی وجہ سے ہوتا ہے۔

علامات اور طبیعی امارات۔ بعض عام علامات اور امارات ایسے ہوتے ہیں جو بڑی حد تک ویدی اشتلا کا نتیجہ ہوتے ہیں، اور مطرائی بازروی اور ضیق دونوں میں مشترک ہوتے ہیں، اور یہاں انھیں پر غور کیا جائے گا۔ ابتدائی علامات



بالخصوص ورش کے بعد دیکھے جاتے ہیں۔ وہ سانس کا پھولنا اور خستگی کا احساس ہے۔ ان پر قلب کے مقام پر درد، اختلاج، اور پاؤں کے ورم کا اضافہ کیا جاسکتا ہے۔ اور ممکن ہے کہ یہ ابتدائی درجہ کئی سال تک جاری رہے۔ مابعد درجہ سے پہلے ایک برزخی درجہ کا وقوع اکثر فعل قلب کی بیقاعدگی کی بیان کردہ شکلوں میں کسی ایک شکل (مثلاً قبل از وقت ضربات، اور بالخصوص اذینی ریشی انقباض) کے ساتھ ہر زمانہ طور پر واقع ہوتا ہے، اور اب نبض، جو پہلے منتظم اور سینکڑے اکثر وقوع تھی، توازن اور قوت دونوں میں بہت غیر منتظم ہو جاتی ہے۔ جب مابعد درجہ آپہنچتا ہے تو علامات بڑی حد تک دوران خون کے اختلال کا اور سیلان خون کے ابطاء کا نتیجہ ہوتے ہیں جس کے اثرات جسمانی اعضاء پر بیان کئے جا چکے ہیں (ملاحظہ ہو صفحہ 252)۔ اس طرح پھید پھڑوں کے جمیل املاء کا یہ نتیجہ ہوتا ہے کہ مریض کھانسی، مخاطی نفث، اور گاہ بگاہی نفث الدم میں (جو متذکرہ بالا ریوی انفارکٹس (pulmonary infarcts) سے پیدا ہو سکتا ہے)، شبانہ یا مسلسل انتصابی نفث میں، اور خفیف ترین زور لگانے پر بھر میں مبتلا ہو جاتا ہے۔ استحان کرنے پر دایاں اذین متسع پایا جائیگا، اور ساتھ ہی اسکی آواز میں کمی اور عظم القص سے ایک انچہ یا زائد داہنے طرف کو نبضان ہوگا۔ ریوی رقبہ میں دوسری آواز میں تغیم ہو جائیگی اور شرائیفی نبضان سے دائیں بطین کی بیش پرورش ظاہر ہوگی۔ پھید پھڑوں کے قاعدوں پر ٹکٹکات سنائی دینگے، اور ترقی یافتہ اصابتوں میں استیت پانی جائے گی اور ساتھ ہی جو فیزی خیر میں کمی اور لمسی ارتعاش میں کمی گئی ہوں، گالوں، کانوں اور اطراف کے گہرے سرخ رنگ یا حقیقی زراق سے، گردن کی بڑی وریدوں کی پُری اور نبضان سے، اور استقائے لحمی کے وقوع سے عام ورید کا رکود ظاہر ہوتا ہے۔ متلی جگر بڑا اور چکنا ہوتا ہے اور شاید ناف کے لیول تک پہنچتا ہے، اور اگر اسکا امتلا و مادہ طور پر ہوا ہے تو ممکن ہے کہ یہ دردناک ہو، اور اس میں نبضان ہوتا ہے۔ جلد کی تقدیر قافی ہوتی ہے، پیشانی کی زرد جھلک لبوں اور گالوں کی گہری سرخی کے ساتھ لکڑی کی شکل و صورت کو نہایت تمیز ناپا دیتی ہے۔ سودہضم کے علامات بھی ہونگے۔ گردوں کا افراز بھی متاثر ہو جاتا ہے اور بول قلیل المقدار، شاید گھٹ کر روزانہ ۱۰ یا ۱۵ اونس ہو جاتا ہے، اس کا رنگ گہرا ہوتا

ہے، وہ یورٹس کی بڑی مقداروں کو مطروح کرتا ہے اور اس میں البیومن اور فائبرینی سائٹک موجود ہوتے ہیں۔ البیومن کی مقدار عموماً تھوڑی ہوتی ہے اور قلب کی کارکردگی کے ساتھ معکوس تناسب میں متغیر ہوتی ہے۔ غنودگی یا بے چینی سے، اور ترقی یافتہ اصابتوں میں کبھی کبھی ہڈیاں ہونے سے، دماغ کے دوران خون کا متاثر ہونا ظاہر ہوتا ہے۔ بالآخر فشل قلب سے، اذیمیائی شش اور خستگی سے، یا نصیث التهاب دونوں یا دوسری پیچیدگی سے موت واقع ہو جاتی ہے (نیز ملاحظہ ہو صفحہ 275)۔

## مطرائی بازروی

(mitral regurgitation)

امراضیات - چونکہ ہر انکماش کے ساتھ خون بائیں اُذین کے اندر دھکے جاتا ہے، لہذا اس ضرر کی تعویض بائیں بطن اور بائیں اُذین کے اقوی اتساع سے ہوتی ہے، جس کی وجہ درج ذیل ہے:- دوران انکماش میں اُذین کے اندر وہ خون داخل ہوتا ہے جو مطرائی مصراع کی راہ سے پھر واپس ٹپک آتا ہے، لیکن ساتھ ہی اُذین میں خون کا وہ مقررہ طبعی حصہ بھی پہنچ جاتا ہے جو اسے پھیپھڑوں سے ملتا ہے۔ لہذا اس کا قسح ہو جانا ایک ضروری امر ہے۔ یہ تمام خون بطن کے اندر چلا جاتا ہے اور اسے قبول کرنے کے لئے بطن کا قسح ہونا بھی ایک لازمی امر ہے۔ اُذین اور بطن کو پُر کرنے میں جو زائد از معمول کام پیش آتا ہے وہ بڑی حد تک دائیں بطن کو انجام دینا پڑتا ہے، اور اس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ دایاں بطن ثانوی بیش پرورش حاصل کر لیتا ہے، جس سے اس کے اندر زیادہ خون سما سکتا ہے اور ہر ضرب کے ساتھ اور طی میں اس کا پورا حصہ پہنچ سکتا ہے۔ بائیں بطن کی بیش پرورش اتنی تین نہوگی جتنی کہ اوٹلی بازروی میں ہوتی ہے، جس کی وجہ یہ ہے کہ اس خون کے متعلق جو بذریعہ بازروی اُذین کے اندر واپس چلا جاتا ہے کوئی کام انجام نہیں دیا جاسکتا، کیونکہ اُذین میں دباؤ کم ہوتا ہے۔

طبعی امارات یہ ہوتے ہیں:- صدم القلب کا باہر کی طرف ہٹ جانا، پھونکدار انکماش خیر جو اس پر بلند ترین مسنا جاتا ہے، اور پہلے بیان ہو چکا ہے۔

## مطرائی ضیق

(mitral stenosis)

امراضیات۔ خاص مطرائی مصراعی ضیق میں قلب پر اتلی اثر بایں اذین کی بیش پرورش ہے، لیکن کچھ عرصہ کے بعد یہ اتساع بھی پیدا کر دیتی ہے، بالخصوص جبکہ ابتدائی فٹل قلب بھی موجود ہو دایاں بطن میں بیش پروردہ ہو جاتا ہے، جس سے ریوی نظام میں فشار خون کا ارتفاع پیدا ہو جاتا ہے۔ جوتنگ شدہ مصراع کی مزاحمت کا مقابلہ کرتا ہے۔ جب تعویض کا فٹل شروع ہوتا ہے تو نہ صرف پھیپھڑوں میں انشلا واقع ہو جاتا ہے، بلکہ بایں بطن کو بھی خون اُس کی طبعی مقدار سے کمتر پہنچتا ہے۔ یہ کہفہ نسبتہ چھوٹا ہو جاتا ہے اور ممکن ہے کہ بطنی دیوار کسی حد تک حقیقتہ مذبول ہو جائے اور طویل المدت اصابتوں میں اور طی معمول کی نسبت چھوٹا ہو جاتا ہے۔ مطرائی ضیق کی بیشتر اصابتوں کے ساتھ کس قدر مطرائی باز روی بھی موجود ہوتی ہے۔

طبعی امارات۔ مطرائی ضیق کے خیرات اور اُن کا طریق پیدائش بیان ہو چکا ہے (لاحظہ ہو صفحہ 221)۔ وہ اکثر اس کے مقام پر محدود ہوتے ہیں اور عموماً اُن کے ساتھ ایک ذنبہ ہوتا ہے (لاحظہ ہو صفحہ 217)۔ خیرات کا تغیر بالاختصار درج ذیل ہے۔ جب قلب سست رفتاری سے ضرب لگتا ہو اور ضیق خفیف ہو تو بیش پروردہ اذین کے سبب سے ایک اذینی انکماش خیراتی دیتا ہے۔ جب ریشکی انقباض طاری ہو جاتا ہے تو یہ خیرات بکلم غائب ہو جاتا ہے۔ اگر قلب کا فعل سست لیکن ضیق نسبتہ زیادہ ہو تو سارے انبساط کے دوران میں خیرات سنائی دیتے ہیں، جو وسط انبساطی اور اذینی انکماش خیرات ہوتے ہیں۔ بعض اوقات یہ وسط انبساطی اور اذینی انکماش خیرات ایک ہی مریض میں اکثر متبادل کرتے ہیں۔ ان میں سے ہر ایک کی بجائے ایک بظاہر متضاد دوسری آواز پیدا ہو سکتی ہے جو اس پر سنائی دیتی ہے (لاحظہ ہو صفحہ 218)۔ اذینی ریشکی انقباض کی حالت میں، جب ضربات کے درمیان کا وقفہ طویل ہوتا ہے تو خیرات انبساط کے اولی حصوں میں واقع ہوتے ہیں، اور جب وقفہ مختصر ہوتا ہے تو خیرات پورے انبساطی فاصلہ میں موجود

رہتے ہیں۔ طبی نے اور اُذینی ریشکی انقباض ہر صورت میں جب فعل قلب تیز ہو تو خیرات پورے انبساطی فاصلہ میں واقع ہونے کا رجحان رکھتے ہیں، لیکن اکثر اُن کا سننا ہی نہایت مشکل ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ محض پہلی آواز شدت کے ساتھ منقطع ہو، اور دوسری آواز اس پر سنی ہی نہ جاسکے۔

ابتدائی درجوں میں قلب کی کلائی موجود نہیں ہوتی، لیکن آخری درجوں میں جبکہ یا تو مثلثی (tricuspid) یا مطرانی بازروی طاری ہو جاتی ہے، عمومی کلائی قلب واقع ہو جاتی ہے۔

علامات - مطرانی ضیق اکثر بالکل ابتدا ہی میں، پھیپھڑوں کی امتلاء کی وجہ نفث الدم پیدا کر دیتی ہے، اور دماغی عدم دمویت کے باعث دوران سر اور غشی کے حملے بھی، اور مطرانی بازروی کی نسبت زیادہ آگے فالج نصفی (hemiplegia) کا سبب ہوا کرتی ہے، اور یہ فالج دماغی شرائین کی سدادیت کے باعث ہوا کرتا ہے۔ سدادت دائیں اُذین میں عکسات ہو جانے کی وجہ سے پیدا ہو جاتی ہے، جو مرض کے آخری درجوں میں خون کے رکود کے سبب سے بچاتے ہیں۔ دوسرے عام علامات بیان کئے جا چکے ہیں۔

## میعینی مصراعی مرض

مثلثی بازروی (tricuspid regurgitation) - اگرچہ مثلثی عدم کفایت ایک نہایت عام حالت ہے، وہ عموماً دائیں بطن کے اتساع کی وجہ سے ہوا کرتی ہے، جو مطرانی مرض، ریوی ضیق (pulmonary stenosis) عضلہ قلب کے مرض، اور پھیپھڑوں میں تسد پیدا کر دینے والی دوسری حالتوں (نفث، التهاب شعبہ ذمہ، لیفی بیل ریوی) کے ساتھ متلازم پایا جاتا ہے۔ اس سے بھی زیادہ شاذ طور پر وہ ویسے ہی عضوی مرض کے باعث ہوا کرتی ہے جیسا کہ مطرانی مصراع پر حملہ آور ہوتا ہے۔ اُس کے ساتھ عموماً دائیں اُذین کے اتساع کے ظواہر، اور مختلف درجہ کا اُذیا، استسقاءے کلی اور وریدی امتلاء موجود ہوتے ہیں جن سے یہ ظاہر ہوتا ہے کہ دائیں قلب اور پھیپھڑوں میں خون کی واپسی میں دقت موجود ہے۔ ان کا بیان

پہلے ہی مطرانی مرض کے اور آخری علامات کے تحت درج ہو چکا ہے۔ مثلثی بازروی کا تحریر پہلے بیان ہو چکا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 222)۔ بعض اوقات اُس کے ساتھ عظم القفس کے زیرین برے پر ایک انکماش ذہذبہ موجود ملتا ہے۔ اندرونی و دارجی ورید کا وہ نبضان جو ان حالات میں ہوا کرتا ہے، ممکن ہے کہ نہایت نمایاں ہو اور گردن کی جانب پر سباتی شریان کے فورے پیچھے کو، کان اور ترقوی ہڈی کے درمیان، ارتفاع و انحنافض کی ایک توجہی حرکت پیدا کر دے۔ ممکن ہے کہ بیرونی و دارجی ورید بھی ساتھ ساتھ نبضان ظاہر کرے۔ دائیں بطن کے انقباض کا زور کبدی ریدوں میں بھی منتقل ہو کر کبدی و سرمدی نبض (hepatic venous pulse) یا کبد نابض (pulsating liver) پیدا کر سکتا ہے۔ یہ عضو عموماً بہت بڑا ہو جاتا ہے اور اپنی ساری سطح پر پھڑکتا ہوا محسوس کیا جاسکتا ہے۔ اور یہ نبضان بعض اوقات پیچھے کودائیں کو کھ میں آخری پسلی کے نیچے بھی منتقل ہو جاتا ہے، جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ سامنے اور پیچھے رکھے ہوئے ہاتھوں کے درمیان جگر پھیلتا ہوا محسوس کیا جاسکتا ہے۔ مثلثی ضيق (tricuspid stenosis) نسبت کم عام ہے، اور عموماً دوسرے کسی مصراع کے مرض، بالخصوص مطرانی ضيق، کے ساتھ مشاہدہ میں آتا ہے۔ مثلثی بازروی میں جو علامتیں دیکھی جاتی ہیں ان کے علاوہ علامات کا اور کوئی خاص گروہ اس کے سبب سے نہیں پیدا ہوتا۔

سراوی مصراعات کا مرض اگر زیادہ مدت کا ہو تو بیشتر پیدائشی ہوتا ہے، اور اگر ماد ہو تو نصیبت التهابی قلب (malignant endocarditis) کا نتیجہ ہوتا ہے۔ اول الذکر صورت میں ریلوی ضيق (pulmonary stenosis) جو دروں بطنی فاصل کے اشغاب کے ساتھ متلازم ہو، ایک عام حالت ہوا کرتی ہے، اور بعد میں بیان کی جائے گی (ملاحظہ ہوں پیدائشی تشوہات)۔

سراوی بازروی (pulmonary regurgitation) بعض اوقات مطرانی مرض کے نتیجہ کے طور پر واقع ہوتی ہے، کیونکہ مصراعات شریان ریلوی میں کے بڑے دباؤ کے متحمل نہیں ہو سکتے۔ عظم القفس کی بائیں جانب کے براہ راست خریستانی دیتا ہے۔

فصیحت التهاب دروں قلبہ، ریوی دہنہ پر بھی اور طبی مرض کے خیر جیسا ایک دہرا خیر (انکماشنی اور انبساطی) پیدا کر سکتا ہے، اور یہ علی الترتیب خیرات پہلے بیان کیا ہوا محل وقوع رکھتے ہیں۔ ایسی اصابتوں میں جو علامات ظاہر ہوتے ہیں ان کی تفصیل پہلے درج ہو چکی ہے (ملاحظہ ہو فصیحت التهاب دروں قلبہ)۔

## مزمین مصراعی مرض کی تشخیص، انداز اور تحریر

**تشخیص**۔ مصراعی مرض قلب کی تشخیص میں بہت سے سوالوں پر غور کرنا پڑتا ہے۔ اس امر کی تعیین کرنی پڑتی ہے کہ: (۱) آیا خیر ایک مصراعی ضرر کے باعث ہے یا اور کسی دروں قلبی یا بروں قلبی سبب کی وجہ سے۔ اول الذکر میں عضلی دیواروں کا تغیر بھی شامل ہے۔ (۲) خیر کس دہنہ پر پیدا ہوتا ہے، اور اگر دو خیر ہیں تو آیا ان میں سے ایک خیر کا انحصار دوسرے پر ہے۔ اور (۳) یہ کہ قلب کی فعلی قابلیت یعنی ورزش کرنے پر قلب کی مجبیت کیسی ہے اور اس کے متعدد کہفوں کی حالت کیا ہے۔ قلب کے محل وقوع، فعل، اور مصراعی کارکردگی کے متعلق نہایت اہم معلومات آنکھ اور ہاتھ کے ذریعہ حاصل کئے جاسکتے ہیں، اور انہیں سماع الصدکے ساتھ ہمیشہ استعمال کرنا چاہئے۔ راغبی شعاعیں بھی قلب کے کہفوں کی جاست اور شکل کے تغیرات کی تخمین میں مدد ہونگی (ملاحظہ ہو شکل ۱۲ صفحہ ۲۲۵)۔

۱۔ مصراعی مرض کے خیرات دوسری حالتوں سے پیدا ہو جانے والے

خیرات کے ساتھ غلط ملط ہو جانے کا احتمال رکھتے ہیں۔ عدم دمویت ریوی رقبہ پر ایک سخت انکماشنی خیر پیدا کر دیتی ہے۔ عضوی ریوی سس مرض (organic pulmonary disease) کے شاذ ہونے کو ملحوظ رکھتے ہوئے یہ خیر بیشتر کافی متمیز ہوتا ہے، لیکن نہایت زیادہ عدم دمویت کے ساتھ خیرات سارے پیش قلبی رقبہ پر پھیل جاتے ہیں، اور بلاشبہ ریوی دہنہ کے علاوہ دوسرے دہنوں میں بھی پیدا ہو جاتے ہیں۔ چونکہ ایسی اصابتوں میں مریضوں کی سانس پھولی ہوئی ہوتی ہے، اور ساتھ ہی ان میں اختلاج اور ورم پا کا رجحان موجود ہوتا ہے، لہذا ممکن ہے کہ تشخیص وقت طلب ہو۔ مدیم الدم مریضوں کے نمایاں شہب، روماتزم یا

مرض قلب کے کسی دوسرے پیش رو مرض کی روئداد کی عدم موجودگی، اور فولادی مقویات کے استعمال سے خیر میں تخفیف، ایسے امور ہیں جن سے تشخیص میں مدد حاصل ہوگی۔ بلاشبہ عدم دمویت بذات خود بھی مطرائی بازروی کا ایک سبب ہو سکتی ہے۔ خون کی ناقص نوعیت دیوار بطن کا نقص تغذیہ پیدا کر دیتی ہے۔ یہ تسع ہو جاتا ہے۔ مطرائی دہن ڈھیلا پڑ جاتا ہے اور اس کا غیبہ بازروی ہوتی ہے۔ یہ فی الواقع ایک حقیقی ضرر ہے اور خیر کا فوری سبب اگر خود مصراع کے نہیں تو دہن کی ساخت کے تغیرات ہوتے ہیں۔ لیکن چونکہ دراصل وہ خون کی ایک ایسی حالت کی وجہ سے ہوتے ہیں، جو معہ اپنے نتائج کے شفا پذیر ہوتی ہے، لہذا اس خیر کو اکثر فعلی یاد موی کہتے ہیں۔ بہر حال اس کے اور مزمن مصراعی مرض کے درمیان تشخیص ضروری ہے، اور وہ عموماً ماسبق اور متلازم حالات، یعنی روماتزم کی غیر موجودگی اور حقیقی عدم دمویت، پر غور کرنے سے کی جاسکتی ہے۔

اور ملی کا انورسما اکثر اوقات قاعدہ قلب پر ایک خیر پیدا کر دیتا ہے جو غلطی سے اور ملی نسد کا خیر خیال کیا جاسکتا ہے۔ فی الحقیقت اور ملی رقبہ کا ایک سادہ انکماش خیر، جس کے ساتھ بازروی کے خیرات نہیں، مصراعی ضیق کی نسبت زیادہ اکثر انورسما کے سبب ہی سے ہوا کرتا ہے۔ مزید ثبوت کے لئے قفس سے دائیں طرف کو غیر طبی نبضان کی اور اصمیت کے بڑھے ہوئے رقبہ کی جستجو کرنی چاہئے۔ اگر خیر ایسے مقام تک محدود ہو جو مصراعی مرض کے معمولی رقبوں کے ساتھ سختی سے متناظر نہ ہو تو انورسما کا اور بھی زیادہ احتمال ہے۔

التهاب تاء مود (pericarditis) اکثر ایک پیش سی آواز پیدا کر دیتا ہے، جو دوسرے اور ملی مرض سے بہت مشابہ ہوتی ہے۔ لیکن وہ عموماً زیادہ نشین ہوتی ہے، ایک بڑے رقبہ پر اپنی بلندی میں کم یکساں ہوتی ہے، اور ملی مرض کے معمولی رقبہ میں سختی کے ساتھ محدود نہیں ہوتی، اور شاید با بجا ضرب قلب کے دوروں کے ساتھ سختی کے ساتھ ہمزمان نہیں ہوتی۔ حادثہ مرض کی قلیل مدت روئداد، غیر معمولی درد، قلب کے مقام پر تکلیف، اوپر کے رخ میں پیش قلبی اصمیت کا بڑھا ہوا رقبہ، اور دہاتی نبض، کی عدم موجودگی، یہ سب التهاب تاء مود پر دلالت کرتے ہیں۔

ایک دوسری وقت خارج القلب خیرات کی وجہ سے پیش آتی ہے جو ایسی آوازیں ہیں جو فعل قلب کے ساتھ ہر زمان تو ہوتی ہیں لیکن قلب سے باہر پیدا ہوتی ہیں۔ لیکن یہ پہچان لینے کے ساتھ کہ خیر دروں قلبی ہے اور کسی معارضی دہنہ پر پیدا ہوا ہے تشخیص نہیں ہوتا کہ مرض مصراع کا ہے۔ بطعینی اتساع، جو نہ صرف عدم دموبیت سے بلکہ کسی بھی سبب سے ہو گیا ہو، ایک راسی انکماش خیر پیدا کر سکتا ہے۔ اور ایسا واقعہ مرض برائٹ، الکملیت، اور شریانی صلابت (arteriosclerosis) میں اور مادہ طور پر امراض ساریہ کے عوارض عضلہ قلب میں نہایت عام ہوتا ہے۔

مزمن کلوی مرض (chronic renal disease) قلب کی بیش پور ش بلکہ اتساع اور خیر تک پیدا کر سکتا ہے۔ اور ایسی صورت میں یہ حالت مطرانی مرض سے قریبی طور پر مشابہ ہوتی جس کے ساتھ ثانوی البیومن بولیت بھی ہوتی ہے۔ اس واقعہ سے دقت اور بڑھ جاتی ہے کہ بعض اوقات وہ گردے جو مرض قلب کی وجہ سے ایک مزمن املا کی حالت میں ہوں، ذراتی (granular) بن جاتے ہیں۔ اور اس سے بھی کہ مرض گردہ میں انتہائی شریانی تناؤ کی وجہ سے قسق شدہ قلب، نظام وریدی میں ایک ثانوی رکود پیدا کر دیکھا، اسی طرح جس طرح کہ اولی مطرانی مرض سے ماؤف شدہ قلب پیدا کر دیتا ہے۔ قلب کے اولی مرض میں ہیں روماتزم کی روئادیا التهاب دروں قلبہ کے کسی دوسرے سبب کی جستجو کرنی چاہئے۔ قارورہ میں وہ خصائص موجود ہوتے ہیں جو بیان ہو چکے ہیں (ملاحظہ ہو صفحہ 271) اور نبض مغیر اور کم تناؤ والی ہوتی ہے۔ لیکن گردے کے مرض میں اس کا زیادہ امکان ہے کہ قارورہ رنگ میں چمیکا، اور مقدار میں قلیل ہو، اور اس میں البیومن کی مقدار زیادہ یکساں ہو۔ اور نبض بلند تناؤ والی ہوتی ہے۔ صلابت شریانی اور انکھل (جو اکثر ایک ساتھ پائی جاتی ہیں) کے باعث پیدا شدہ کلانیوں میں شریانی تناؤ تغیر پذیر ہوتا ہے، اور البیومن اکثر غائب ہوتا ہے۔ چنانچہ ممکن ہے کہ تشخیص کا انحصار روئادہ مرض یا متلازم حالتوں پر رکھنا پڑے۔



ہے، جبکہ اذین کی قوت فتل پذیر ہوتی ہے۔

۲۔ مصراعی مرض کی مختلف شکلوں کی ایک دوسری سے تشخیص کا انحصار بڑی حد تک خیرات کی نوعیت، اور اُس وسعت پر ہوتا ہے جس میں وہ پیش قلبی رقبہ پر سنائی دیکھتے ہیں۔ ممکن ہے کہ ایک خریہ ایک مصراع کے رقبہ سے باہر تک دوسرے مصراع کے رقبہ کے اندر تک منتقل ہوتا ہو۔ ایسی صورت میں مختلف نقطوں پر کی آواز کی شدت کا احتیاط کے ساتھ مقابلہ کرنا ضروری ہوگا۔ اور طبی بازروی اور مطرائی بازروی تقریباً ہمیشہ اپنے مخصوص نوعیت والے خیرات سے پہچان لئے جاتے ہیں۔ جیسا کہ اوپر بیان کیا گیا ہے، مطرائی تسدد بار بار بلا اپنے مخصوص نوعیت کے خیرات کے موجود ہوتا ہے۔ قبل انکماش خیرات اور انبساطی خیرات جب یہ ٹھیک مقام صدمہ پر پہنچنے جائیں (اور قاعدہ پر نہ سنائی دیں) تو مطرائی تسدد کا نہایت قوی ثبوت ہیں۔ لیکن بعض اوقات راس قلب پر ان سے شامل خیرات اور طبی بازروی کے ساتھ (خریرات فلنٹ: Flint's murmurs) (ملاحظہ ہو صفحہ 269) ملحق تادمور (adherent pericardium) کے ساتھ، اور دوسری حالتوں کی وجہ سے قسح بطین کے ساتھ سنائی دیتے ہیں۔ ان خلاف قاعدہ گویں کے توجہات مختلف ہیں۔ اگلے مطرائی پٹ کے ارتعاشات اُس پر اور طبی بازروی کی رو کا تضادم ہونے سے، یا اُس کے اذینی بطینی رو پر دھکیلے جانے سے۔ مندرجہ بالا دروؤں کا باہم دگر بجانا۔ ایک منجمدار کی پیدائش، جو بائیں بطین کے اتساع کی وجہ سے ہو، جبکہ مطرائی دہنہ طبعی جاست کا ہو۔ یہ حالت بعض اوقات اضافی ضیق (relative stenosis) کہلاتی ہے۔ آخری توضیح زیادہ قرین قیاس معلوم ہوتی ہے۔

۳۔ غالباً تشخیص میں سب سے زیادہ اہم امر مجیبیت قلب کی تخمین ہے۔ ورزش یا محنت کے بعد دم پھو لینے یا خستگی کی مقدار کا مشاہدہ کیا جاتا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 223)۔ قلب کی جاست سے مصراعی نقص کی وسعت کے متعلق مفید رہنمائی حاصل ہوتی ہے۔ یہ جس اور قرع سے معلوم کی جاسکتی ہے لا شعاعیں استعمال کی جاسکتی ہیں، اور یمنی اور یساری بیش پر ورزش کا تناسب

ظاہر کرنے کے لئے برقی قلب بھکار بھی (ملاحظہ ہو صفحہ 249)۔

قلب اور پھیپھڑوں کے امتحان کے بغیر کوئی تشخیص قائم نہیں کی جاسکتی۔ لیکن یہ نوٹ کرنا دلچسپی سے خالی نہیں کہ بچوں اور نوعمر اشخاص میں مطرائی مرض اور سئل ریوی (phthisis) کے درمیان اکثر ایک سطحی مشابہت ہوتی ہے، کیونکہ اول الذکر نمایاں شحوب، لاغرئی اور نفث الدم پیدا کر سکتا ہے۔

انذار۔ اسی ایک ہزار امابتوں کا مطالعہ کیا گیا کہ جن میں فارغ الحدت آدمیوں کو مرض قلب تھا اور ان کا ۱۰ سال بعد دوبارہ معائنہ کیا گیا (20)۔ ثابست ہوا کہ ایک خراب انذار کے لئے اہم ترین عناصر قلیل تحمل ورزش اور بڑا قلب ہیں۔ چنانچہ معتدل کلانی اور قلیل تحمل کی صورت میں تقریباً نصف مریض ۱۰ سال کے اندر مر جاتے ہیں گو کہ چند بلا تغیر زندہ رہتے ہیں۔ انتہائی کلانی کی صورت میں ۶ فیصدی اور امتلائی فشل کی صورت میں ۹۷ فیصدی ۱۰ سال کے اندر مر جاتے ہیں، اور اگر ان دونوں گروہوں کو یکجا کیا جائے تو زندہ رہنے کی شرح ۸۰ فیصدی ہوتی ہے۔

اس پورے سلسلہ میں ۲۲ فیصدی مریض بلا تکلیف اور بلا تضرہ ۱۰ سال زندہ رہے، اور یہ عدد غالباً اصل سے کمتر ہے۔ نصف مریض زیادہ تر امتلائی فشل کی وجہ سے مر گئے، اور ۲۶ فیصدی فشلی امابتوں میں اس فشل کے ہمراہ ساری التهاب دروں قلبہ اور (۳۰ فیصدی میں) اذینی ریشکی انقباض تھا اور دوسری امابتوں میں التهاب شعبی اور دیگر سرایتیں دیکھی گئیں۔ ناگہانی موت، کل اموات میں سے ۱۷ فیصدی میں دیکھی گئی۔

جب مریضوں کو استماعی علامات کے لحاظ سے گروہ بند کیا گیا تو وہ مریض جن کو بڑی مصرعی مرض نہیں تھا ان میں سے ۳۵ فیصدی ۱۰ سال کے اندر مر گئے۔ اور طی ضیق اور آتشکی اور طی بازروی کی شرح اموات ۹۰ فیصدی ہے (یا انچوسم کو مستثنیٰ کرنے کے بعد ۸۵ فیصدی)۔ غیر پھیپہ غیر آتشکی اور طی بازروی کی شرح اموات ۳۳ فیصدی، مزوج بازروی اور مطرائی ضیق کی ۳۰ فیصدی، اور مطرائی ضیق کی ۳۷ فی صدی لارسیشکی انقباض کو مستثنیٰ کر کے ۲۹ فیصدی)۔ ابتدائی

مطرائی ضیق میں شرح اموات ۱۰ فیصدی، نمویافتہ ضیق میں ۳۹ فیصدی، خفیف اور طبعی بازروی میں ۱۶ فیصدی، اور آزادانہ بازروی میں ۴۵ فیصدی ہے۔ لہذا مصرعی ضرر کی نوعیت اتنی اہم نہیں ہے کہ جتنا ترمیم کن عوامل ہیں۔ انداز میں دو عامل جن پر کسی دوسری جگہ غور کیا گیا ہے، خاص طور پر اہم ہیں، یعنی اذینی ریشکی انقباض اور تحت الحاد جراثیمی التهاب دروں قلبیہ (ملاحظہ ہو)۔

276

اگرچہ امصابتوں کے اس سلسلہ میں سے بچے اور عورتیں مستثنیٰ ہیں، تاہم یہ سلسلہ خاص طور پر اہمیت رکھتا ہے اس لئے کہ یہ گویا ایک مرض زدہ آبادی کے پورے حصہ یعنی انقباضی اور صاحب فراش دونوں پر مشتمل ہے۔ سابقہ ایڈیشن میں ایسے مریضوں کے تجزیہ پر اکتفا کی گئی کہ جو ہسپتال میں مر گئے تھے۔ اب اس کی بجائے زیادہ مکمل اعداد و شمار درج کئے گئے ہیں۔ بعض نکات پر خاص طور پر زور دینے کی ضرورت ہے مثلاً ایک مطرائی انکماش خیر کی عدم اہمیت علامتیہ کی وجہ سے معذور الخدمت گردانے ہوئے سپاہیوں کی صورت میں مطرائی بازروی کے خیر کی موجودگی یہ ظاہر کرنے کے لئے بیکار ثابت ہوئی کہ آیا وہ شخص پورے کام پر واپس آنے کے قابل ہوگا یا نہیں۔ مطرائی ضیق ایک خطرناک ضرر ہے، کیونکہ وہ روماتزمی مطرائی مرض کے مزمن یا مکرر حادثاتوں کا اختتامی نتیجہ ہے۔ لیکن خفیف امصابتوں میں ممکن ہے کہ اگر سرایت رک جائے تو وہ برسوں ٹھہری ہوئی حالت میں رہے۔ اور طبعی بازروی اور مطرائی ضیق کا اجتماع انداز کو زیادہ خواب نہیں بناتا۔ بچپن میں حادث روماتزم یا دیگر امصابتوں کے مکرر حملے خطرناک ہیں کیونکہ وہ عضلہ قلب اور مصراعوں کو مزید نقصان پہنچاتے ہیں۔ مطرائی ضیق ہونے کا امکان، اور معمر مریضوں میں اذینی ریشکی انقباض ہونے کا امکان۔ یہ امر کہ امتلائی فشل میں اگر ریشکی انقباض موجود ہو تو فوری انداز بہتر ہو جاتا ہے، لیکن آخری انداز خراب تر ہوتا ہے اور طبعی گروہ میں ناگہانی موت کا امکان، اور غیر آتشکی اور طبعی بازروی میں جراثیمی التهاب دروں عضلہ قلب کا امکان حل ہونے سے حالت کا زیادہ تشویشناک ہو جانا۔

تحریر یہ۔ چونکہ نو عمر بچوں میں مرض قلب کی بیشتر امصابتیں ماد روماتزم

کی وجہ سے ہوتی ہیں، انداز اسی پر مشتمل ہے کہ اُس مرض کا تدارک کیا جائے، جس طرح کہ پہلے بیان کیا گیا ہے۔

زیادہ عمر والے شخصوں میں دانتوں کا امتحان کرنا چاہئے، بالخصوص اُن لوگوں میں جو پہلے ہی مزمن مصرعی مرض میں مبتلا ہوں، کیونکہ اگر انھیں کوئی سرایت لگ جائے تو وہ ساری التهاب دروں قلبہ (infective endocarditis) پیدا کر سکتی ہے۔ پنچجوفیزی (pyorrhoea alveolaris) اُس وقت جبکہ پیپ آزادانہ خارج ہوتا ہو، چنداں خطرناک نہیں، لیکن اُن پھوڑوں کو خارج کر دینے کی احتیاط عمل میں لانی چاہئے جو دانتوں کی جڑوں میں دور چھپے ہوئے ہوں، اور جو یا تو التهاب دروں قلبہ کا ایک حادثہ واقع کر دیں یا ایک مزمن غیر محسوس سرایت اور اُس کے ساتھ مصراعوں کا ترقی پذیر تشوہ پیدا کر دیں۔

تحریر میں ایک دوسرا نہایت اہم امر یہ ہے کہ جو بچہ و ماترم کے خفیف ترین ظواہر میں مبتلا رہ چکا ہو اُسے حادثہ سرایت کی کوئی علامت (جیسے کہ خراش حلق، التهاب لوزین یا معمولی زکام) ظاہر ہوتے ہی بستر پر لٹا دینا چاہئے، کیونکہ اس کا ہمیشہ امکان ہوتا ہے کہ ان عوارض کے ساتھ ساتھ اُس کا قلب بھی ماؤف ہو گیا ہو۔ فی الحقیقت اس معاملہ میں اعلیٰ طبقوں کے بچوں کے متعلق نسبت زیادہ احتیاط برتنے کا نتیجہ یہی ہے کہ وہ مزدور پیشہ جماعتوں کے بچوں کے مقابلہ میں شدید مرض قلب سے زیادہ محفوظ رہتے ہیں۔

نوعی سرایتوں میں آتشک مرض قلب کا عام ترین سبب ہے، چنانچہ اگر یہ مرض ہو گیا ہو تو جلد ہی مشدد دافع آتشک علاج عمل میں لانا چاہئے۔ شریانی مرض کا نتیجہ عموماً انحطاط عضلہ قلب ہوا کرتا ہے، چنانچہ اس کے حفظ و التقدیم (ملاحظہ ہو) کی مناسب تدبیریں اختیار کرنی چاہئیں۔

## قلب کے مزمن مرض کا علاج

مندرجہ ذیل اشارات کا اطلاق نہ صرف قلب کے مزمن مصرعی مرض بلکہ ملتصق تہامور (adherent pericardium) اور انحطاط عضلہ قلب کی

اصابتوں پر بھی ہوتا ہے۔

علاج پر غور کرنے سے پہلے امور ذیل کا دریافت کر لینا ضروری ہے:- (۱) آیا فشل قلب کے ابتدائی امارات، یعنی تکلیف، سانس کا پھولنا، اور ورزش کے بعد تحت القفسی یا پیش قلبی درد ہونا موجود ہیں۔ (۲) آیا بعد کے امارات کیلئے گردن اور جگر کی وریدوں کا احتقان، زراق، اور تہج موجود ہیں۔ (۳) آیا قلب بڑھا ہوا ہے، اور آیا مصرعی مرض کے یا نفعی است مضلہ قلب کے امارات موجود ہیں۔ (۴) آیا قلب کی کوئی بے نظمی اور غامض کرڈینی ریشکی انقباض موجود ہے یا نہیں۔ (۵) آیا قلب میں مادہ سرایت ہونے کی کوئی شہادت موجود ہے۔

اصول علاج یہ ہے کہ مریض کی زندگی کو باقاعدہ بنایا جائے تاکہ قلب کے ذمہ جو کام پڑے وہ اُس کی قابلیت سے زائد نہ ہو۔

فشل قلب کی ابتدائی اصابتوں میں مریض کی علامتیں ہی بیشتر رہنمائی کرتی ہیں۔ کام کی اُس مقدار کا معلوم کر لینا ضروری ہے جس سے غیر معمولی تھکان یا تکلیف، یا سانس پھولنے کا، یا درد قلب کا حملہ ہو جاتا ہو۔ کامل طور پر تندرست شخص میں یہ علامات صرف نہایت شدید عضلی ورزش کے بعد محسوس ہوتے ہیں۔ تازہ تجربہ نے بتلایا ہے کہ ایسے بہت سے اشخاص ہیں جن میں پیش قلبی پرسانی دینے والے انکماش خیرات کے باوجود روماتزمی یا اور کسی سرایت کی سرگذشت نہیں پائی جاتی، جو قلب کی کوئی کلائی نہیں ظاہر کرتے، اور جو شدید ترین عضلی ورزش کر سکتے ہیں اور اُس کے بعد کوئی ایسی تکلیف نہیں ظاہر کرتے جو اُس سے زائد ہو جو ایک طبی شخص محسوس کرتا ہے۔ ایسے اشخاص میں اُن کے ورزش کرنے کے متعلق روک تھام کرنے کی ضرورت نہیں۔ لیکن جب اور طبی بازروی یا مطرانی ضیق کا شبہ کرنے کے لئے وجوہات موجود ہوں تو عقلمندی یہی ہے کہ مریض کو اُس کے قلب کی پوری قوت محفوظ کام میں لانے کی اجازت نہ دی جائے قطع نظر اس امر کے کہ وہ تند و شدید ورزش بھی معمولی مقدار سے زائد تکلیف کے بغیر انجام دے سکتا ہے۔ صرف ہلکے قسم کی ورزشوں کی اجازت دینی چاہئے۔ اس بیان کا اطلاق مطرانی بازروی اور اورطی ضیق کی ان اصابتوں پر بھی ہوتا ہے۔

کہ جن میں واضح کلانی قلب موجود ہو۔

جو مریض معتدل ورزش، مثلاً دوڑنے یا زینہ پر یا پہاڑی پر تیزی سے چلنے، یا مسطح زمین پر تیز چلنے کے بعد علامات ظاہر کرتے ہوں، ان میں ان علامات کو پیدا کرنے والی ورزش کی ممانعت کر دینی چاہئے۔ اس کے ساتھ ہی جو ورزش براہِ اشت ہو سکے اس کی اجازت دینی چاہئے۔ اس کے قلب کو مناسب سے کم ورزش دینا بھی برا دستور ہے۔ لیکن مریض کو کہدینا چاہئے کہ اگر بالفرض اس وقت جبکہ وہ ورزش کے لئے باہر گیا جو علامات پیدا ہو جائیں تو اسے چاہئے کہ بالکل بے حرکت ہو جائے۔

ان تمام اصابتوں میں جن میں حقیقی سرایت موجود ہو، ان تمام اصابتوں میں جن میں فشل قلب زرقی یافتہ ہو، ان اصابتوں میں جو وریڈی امٹلا ز ظاہر کرتی ہوں، اذنی ریشکی انقباض کی اصابتوں میں جن میں قلب مربع ہو، اور ڈیجیٹالس کا ایک پورا نصاب دینے کی ضرورت ہو، اور سب سے زیادہ اہم ان مریضوں میں جو کمزور ہونے پر یا آہستہ آہستہ چلنے پر امارات تکلیف ظاہر کرتے ہوں، بستر پر آرام لینا ضروری ہے۔ مریض کو چت لیٹا رہنا چاہئے، لیکن جب تنفس انتصابی ہو تو اسے بستر پر سہارا دے کر بٹھا دینا چاہئے۔ مریض کو سکون سے رہنا چاہئے اور اس کو تشویش اور ہيجان بالکل نہ ہونے دینا چاہئے۔ تمام بے ضرورت حرکت سے احتراز لازم ہے اور بالخصوص نیند اچھی آنے دینا چاہئے، کیونکہ یہی وہ حالت ہے جس سے قلب کو کامل ترین قسم کا آرام حاصل ہوتا ہے۔ ہر مریض قلب کے معاملہ میں یہی ایک نہایت اہم امر ہے جس کا اہتمام ضروری ہے، خواہ کچھ ورزش کی اجازت دی گئی ہو یا نہ دی گئی ہو۔ نصب العین یہ ہونا چاہئے کہ بستر میں نوے سے دس گھنٹے تک گزریں، گو حقیقی نیند کے گھنٹوں کی تعداد اس کی نسبت کم ہو۔ وِسکی (Whisky) ۱-۲ اونس بطور ایک خواب آور دوا کے دیجا سکتی ہے، یا پیرالڈیہائیڈ (paraldehyde) ۱-۲ ڈرام کی خوراکوں میں۔ غذا کافی، سادہ اور مربع الہفم ہونی چاہئے۔ وہ مخلوط ٹھوس (solid) اودماٹع ہو سکتی ہے، مقدار میں یہ کسی ایک وقت میں اتنی نہ ہو کہ معدہ کو گراں بار کر دے، اور اس کی نوعیت ایسی ہو کہ جو رعیت اور تمدن پیدا کرے۔

سیالات کو زیادتی کے ساتھ نہیں دینا چاہئے۔ اور اگر تہیج ہو تو طبی درآمد کو کم کر دینا چاہئے۔  
فرہی (obesity) میں قلیل الحارہ غذا دینی چاہئے کیونکہ فرہی تحول بڑھ جانے کا  
ایک عام سبب ہے۔ حال میں مرض قلب کا علاج بذریعہ درقیہ برآری بھی کیا جاتا  
ہے کہ جس سے تحول کو کم کرنا اور قلب پر بار کی تخفیف مقصود ہوتی ہے۔

جب مریض کو کچھ عرصہ تک بستر میں آرام کرنے کے بعد افادہ حاصل ہو تو ورزش  
کا آغاز صرف آہستہ آہستہ ہونا چاہئے۔ بستر ہی میں پڑے پڑے ہاتھ پاؤں ہلانے کی  
اجازت دیکر اسے تدریجی ورزش کرائی جاسکتی ہے۔ دوسری ترکیب یہ ہے کہ جب  
مریض اٹھنے کے قابل ہو جائے تو روز بروز اس کے چلنے کی مقدار بڑھائی جائے  
یہاں تک کہ ورزش کی حد برداشت تک پہنچ جائے۔

ترقی یافتہ فشل قلب کی امصالوں میں جن میں مختلف احشاء کی امصال کے  
ساتھ اذیا موجود ہو، علاج کے تین خاص اصول ہیں: (۱) اذیبائی سیال کا  
اخراج، یا خون نکال دینا۔ (۲) آکسیجن کا استعمال۔ (۳) ادویہ، بالخصوص ڈیجیٹالس  
کا استعمال۔

(۱) اگر کہنہ بلیوریائی میں بہت سیال موجود ہو تو بذریعہ نزل (tapping)  
اس کے اخراج سے بہت آرام حاصل ہوگا۔ اگر استسقاءے کلی (anasarca)  
زیادہ ہو تو ایک بڑی پیٹی جراحی سوئی سے ٹانگوں کو دس بیس جگہ کچھ لگا سکتے، یا  
انہوبات ساؤدی (Southey's tubes) سے ان کی مسیلت کر سکتے ہیں۔ مریض کو  
ایک کرسی پر بارہ یا چوبیس گھنٹے تک بیٹھنا اور ٹانگیں نیچے لٹکانے رکھنا چاہئے تاکہ  
سیال جاذبہ کے اثر سے ان کے اندر اتر آئے۔ انھیں نہایت احتیاط کے ساتھ  
صاف کر کے آیوڈین کا ہلکا محلول ان پر لگانا چاہئے۔ سیال کو ایک مفصل میں  
نیچے بہ کر آنے دینا چاہئے، اور گرمی پہنچانے کے لئے مفصل پر ایک کپل لپیٹ دینا  
چاہئے، لیکن اس کا خیال رہے کہ جہاں کچھ لگائے ہیں وہاں ٹانگوں کو  
نہ چھونے پائے۔ استسقاءے شکمی میں شکم میں بزل کیا جاسکتا ہے، اور ان کا رڈائیوں  
سے وہ دباؤ جو دوران خون پر ہوتا ہے کم ہو جاتا ہے۔ دایامت فصد شدید تصبائی  
تنفس، اور زراق ہیں کہ جس کے ساتھ وریدیں متمدد ہوں۔ اس کے یہ معنی ہیں کہ

عام شریانی خون کا دباؤ گرا ہوا اور وریدی دباؤ متناظرًا بڑھا ہوا ہے، جس کا نتیجہ یہ ہے کہ قلب کی دائیں جانب اس قدر متعفن ہو گئی ہے کہ اسے اپنے مافیہ پر قبض ہونے میں دقت ہوتی ہے۔ ایسے حالات میں اُذینی ریشکی انقباض اکثر موجود ہوتا ہے۔ وسیلی ورید باسیلیقی میں چرکا لگا کر ۲۰ یا ۳۰ اونس کی مقدار میں خون خارج کر دینے سے خون کا وہ بہاؤ جو قلب کی طرف جاتا ہے کم ہو کر تکلیف میں تخفیف ہو جاتی ہے۔ انتہائی امصابتوں میں قاعدہ گردن میں بیرونی دواجمی ورید کو کھولنے سے اور بھی زیادہ صریح اثر حاصل کیا جاسکتا ہے۔ اس صورت میں اگر وریدی دباؤ بلند ہے تو خون مرکزی ہوسے بچے گا، اور قلب کی دائیں جانب کو راست تسکین پہنچے گی۔ ورید میں ایک سادہ چرکا لگانے سے کافی خون حاصل کرنا ہمیشہ آسان نہیں ہوتا۔ ایک زیادہ کارگر طریقہ یہ ہے کہ ایک چھوٹی چوڑی کوکھلی سوئی استعمال کی جائے جو ربر کی نلی کے ذریعہ ایک بند شیشی سے الحاق رکھتی ہو۔ پھر اس بوتل پر امتصاف عمل میں لایا جاسکتا ہے۔

(۲) قتل قلب کی ان تمام امصابتوں میں کہ جن میں ساتھ ثانوی ریوی پیچیدگیاں پائی جائیں، نیز عضلہ قلب کے انحطاط میں، خاص کر اس وقت جبکہ اغلب ہو کہ اسکیلیریشن متعلّب ہیں، آکسیجن دینی چاہئے۔ نو عمر مضموعوں میں روماتزمی اصل کے قتل قلب میں یہ عام طور پر موثر نہیں ثابت ہوتی۔ بھر اور زراقی سب سے بہتر داعیات ہیں، لیکن اگر کوئی شک ہو تو ایک نقاب اور مصراعات استعمال کر کے اس کا اثر آزمانا چاہئے۔ اس کو انفی قشاطر کے ذریعہ دیا جاسکتا ہے، لیکن ہم خیمہ کی سفارش کرتے ہیں (لاحظہ ہو صفحہ ۱۵۶)۔

(۳) ادویہ، جو قلب پر راست مفید اثر رکھتے ہوں نسبت چند ہی ہیں۔ سب سے زیادہ مفید ڈیجیٹالس (digitalis) ہے، جس کے فعل کا مطالعہ سب سے زیادہ کیا گیا ہے۔ اُذینی ریشکی انقباض میں اس کے استعمال کا تذکرہ کیا گیا ہے (لاحظہ ہو صفحہ ۲۴۴)۔ ان امصابتوں میں بطین تیزی اور بے قاعدگی کے ساتھ ضرب لگا رہا ہوتا ہے اور ڈیجیٹالس ایک دوائے شافی کے طور پر عمل کرتا ہے۔ نبض کی رفتار کم پڑ جاتی ہے۔ تارورہ کا حجم بڑھ جاتا ہے اور اُذینا غائب ہو جاتا ہے۔



لیکن دوسری اصابتوں میں بھی، جبکہ اذینی ریشکی انقباض موجود نہ ہو، ڈیجیٹالس کامیابی کے ساتھ استعمال کیا جاسکتا ہے، بالخصوص اُس کے مدد بول اثر کھٹے۔ اُس کے پسے جوئے پتے اکثر پارہ کے ساتھ ملا کر ایک گولی کی شکل میں کام میں لائے جاتے ہیں، جو ایسی اصابتوں کے لئے استعمال کی جاتی ہے۔ یہ نہیں کہا جاسکتا کہ اُس کا اثر اسی قدر یقینی ہے جقدر کہ اذینی ریشکی انقباض میں ہوتا ہے۔ ڈیجیٹالس براہ دہن سفوف، خساندہ یا صبغیات کی شکل میں، یا اُس کے جوہر فعال یعنی ڈیجیٹالین (digitalin) یا ڈیجیٹاکسین (digitoxin) کے طور پر دیا جاسکتا ہے۔ خطرناک اصابتوں میں خساندے کے دو ڈرام یا صبغیہ کے پانچ قطرے ابتداء ہر تیسرے یا چوتھے گھنٹے، اور بارہ یا چوبیس گھنٹوں کے بعد نسبت کم بار یا چھٹی مقداروں میں دئے جاسکتے ہیں۔ ڈیجیٹاکسین کی مقدار ۱/۲ گرین تا ۱/۴ گرین ہے۔ ان مقداروں میں دئے جانے پر ڈیجیٹالس اپنا پورا اثر پیدا کرنے کے لئے دو یا تین دن لیتا ہے۔ براہ دہن کثیر مقداریں دیکر نسبت زیادہ سریع اثر حاصل کیا جاتا ہے۔ یہ طریقہ علاج اذینی ریشکی انقباض کی حالت میں عمل میں لایا جاسکتا ہے۔ ڈیجیٹالس کے علاج کے دوران میں پیدا ہو جانے والے سمی علامات صنف 245 پر بیان کئے گئے ہیں۔

بعض دوسرے ادویہ کا فعل ڈیجیٹالس کے فعل سے مماثل ہوتا ہے۔ ان میں سب سے زیادہ اہم اسٹروپنٹھس (strophanthus) ہے (جس کے صبغیہ کی مقدار خوراک ۲ تا ۵ قطرات ہے)۔ اسٹروپنٹھس کا جوہر فعال، اسٹروپنٹھین (strophanthin) اُسوف مفید ہوتا ہے جبکہ خطرناک فشرل کی حالتوں میں عملت مد نظر ہو۔ اس کا ۱/۲ گرین دروں وریدی راہ سے دیا جاسکتا ہے۔ نیز اس کا دروں عضلی یا تحت الجلدی اثراب کیا جاسکتا ہے۔ کینوئیدین (quinidine) ہے اذینی ریشکی انقباض کا علاج پہلے بیان ہو چکا ہے (ملاحظہ ہو صنف 246)۔ گنشہ زما میں اسٹریکنین (strychnine) ایک قابل قدر مقوی قلب سمجھا جاتا رہا، لیکن ایک با احتیاط و مضبوط سلسلہ مشاہدات نے ظاہر کر دیا ہے کہ مادہ مزمن فشرل القلب، دونوں میں سے یہ کسی ایک پر بھی کوئی اثر نہیں رکھتا (21) حال ہی میں خطا قلب

کی حالت میں، قلب کی بائیں جانب کی تنش بڑھانے کے لئے فرانس میں اوبین (oubaine) کا استعمال کیا گیا ہے (۱/۲ ملی گرام دروں وریڈی راہ سے، یا ۱ ملی گرام براہ دہن، دن بھر میں ایک یا دو بار)۔

امکن ہے کہ دوسرے علامات اور پیچیدگیوں کا علاج بھی کرنا پڑے۔

اگر استسقا و ڈیجیٹالس سے رفع نہ ہو تو، تھیم برومین سوڈیم سیلی سیلیٹ

(theobromine sodium salicylate) (ڈایوریٹین: diuretin) ۲۰۰ گرین

دن میں تین بار، سلسلہ پورین (purin) کی بہترین دوا ہے، جو یا تو بصورتِ اوترا

یا ایک آمیزے میں شربت زنجبیل سے خوب خوشبودار بنا کر استعمال کی جاسکتی ہے۔

یہ ادویہ غالباً گوئی غذا کی نفوذ پذیریری بڑھا کر، یا شاید فاعلی گویوں کی تعداد میں زیادتی

279

پیدا کر کے اپنا اثر ظاہر کرتے ہیں۔ گردوں میں آکسیجن کے صرفہ کی زیادتی نہیں پیدا

کرتے۔ لیکن اگر گوئی سروق شعریہ محقق ہوں اور شاید کم ہوا دمویت میں مبتلا ہوں، تو

نمکن ہے کہ یہ دوائیں ناکارگر ہوں۔ یوسیا (urea) بھی ۵ تا ۱۰ گرین کی مقداروں

میں آزمایا جاسکتا ہے۔ یوریا گویوں میں سے تقطیر ہو جاتا ہے، اور انیہیات

میں سے بھی اُس کا اخراج ہوتا ہے، جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ انیہی سیال کا ولوجی

دباؤ بلند رہتا ہے اور انیہیات میں نسبتہ نیچے پانی دوبارہ کم جذب ہوتا ہے

اور اسی واسطے خارج ہو جاتا ہے۔ آخر آسیرگان (salyrgan) ایک نامیاتی

مرکب سیاب (۲ کعب سمرنگ دروں عضلی طور پر) اور نیپٹال (neptal)

(ایک کعب سمرنگ) ہفتہ میں ایک یا دو مرتبہ دئے جاتے ہیں اور یہ قدیم رائج شدہ

حب سیماہی (Pil Hydrarg.) کا نسبت زیادہ کارگر ہوتے ہیں۔ اگر انکے ساتھ ساتھ

ایمونیم کلورائیڈ، چوبیس گھنٹوں میں ۰۰ گرین کی مقداروں تک، استعمال کیا جائے

تو یہ اور بھی زیادہ کارگر ہوتے ہیں۔ آخر انکر غالباً ایک مصنوعی ترشہ دمویت

پیدا کر کے اپنا اثر پیدا کرتا ہے، جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ لسونت کچھ جذب کردہ

ستال آزاد کر دیتے ہیں۔ اس حقیقت کو اسوقت یاد رکھنا چاہئے جبکہ کچھ متلازم

التهاب گردہ بھی ہو، جس میں ترشہ دمویت پہلے ہی سے موجود ہو سکتی ہے۔

قلب پر نردا کر شدید ہوتا ہے، اور اس میں لفاح (belladonna) کے پلسترو

سے، مارفیا کی تھوڑی مقداروں کے داخلی استعمال سے، اور پم گرین مارفیا کے تحت الجلدی اثرات سے تخفیف کی جاسکتی ہے۔ کمانسی کا تدارک تمنیفات اور مسکنات کی تھوڑی مقداروں سے کیا جاسکتا ہے (ملاحظہ ہو التهاب شعبی کا علاج) اور قے کا تدارک فوار الحامات سے۔ اور ملی مرض میں، جس کے ساتھ بیش پروش بھی موجود ہو، ایک نہایت تکلیف دہ علامت تاب کا تند فعل اور گردن کی اور عام طور پر سارے جسم پر کی وریدوں کا تڑپنا ہے۔ اس میں صغیہ بھیناگ (۱ تا ۳ قطرات) کے، بروماڈازکے، اور مارفیا کی ایک تھوڑی مقدار کے استعمال سے بہت کچھ تخفیف ہو سکتی ہے۔ ریوی نرف شاذ ہی اتنا کافی ہوتا ہے کہ زندگی کے لئے خطرے کا باعث ہو، اور اس کے لئے حاسبات الدم کی ضرورت نہیں ہوتی۔ فعل قلب کے ناگہانی طور پر موقوف یا کمزور ہو جانے کی حالتوں میں، بالخصوص دوران مدم حیثیت میں، جبکہ موت قریب الوقوع ہو، ۱۰۰ میں احمہ ایڈرینالین (adrenalin) کے ۲ تا ۳ سی۔ سی کا اثرات ایک پمپکاری کے ذریعہ سے دائیں بطن کے اندر کرنے سے زندگی بحال کی جاسکتی ہے۔ سوئی، جس کا طول ۳ انچہ لمبا ہوتا ہے، پانچویں ضلعی کمرے سے اوپر، عظم الفص کے بائیں جانب کے قریب، راست پیچھے کو، اور قدرے اندر کی طرف، گزاری جاتی ہے۔ یہ معلوم کرنے کے لئے کہ ۱ تا ۲ انچ کی گہرائی پر بطن کے اندر سوئی پہنچ چکی ہے اثرات سے پہلے تھوڑا خون باہر کھینچ لیا جاتا ہے۔

بوڑھے اشخاص کے عضلہ قلب کے مرض میں سانس پھولنے کے بعدی حملے بہت تکلیف پیدا کر دیتے ہیں۔ آکسیجن کے استنشقات اکثر تسکین کا باعث ہوتے ہیں، اور مارفیا کے تحت الجلدی اثرات (ان سے بھی تسکین ہو جاتی ہے) کی نسبت پسندیدہ تر ہوتے ہیں (25)۔ اس نظریہ کی بنا پر کہ سانس کا پھول جانا انسانی چپ جانبی فٹل کے ذریعہ ابتدائی ریوی تہج پیدا ہونے کا نتیجہ ہوتا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 252) مصنف نے پیچھڑوں میں ہوا کا دباؤ زیادہ کرنے کے لئے پلیسش (Plesch) کا طریقہ کامیابی کے ساتھ انجام دیا ہے، جو کہ ریوی تہج کے عنوان کے تحت بیان کیا گیا ہے۔

آتشکی التهاب عضلہ قلب کا علاج وسیع مدت تک دافع آتشک ادویہ سے کرنا چاہئے۔ سلف آرسینال (sulfarsenol) (۳ د. تا ۴۸ د. گرام) کے عمیق تحت الجلدی اثرات ہفتمہ واردئے جاسکتے ہیں۔ اس کا ایک نصاب ۶ گرام پر مشتمل ہوتا ہے، اور مختلف نصابوں کے درمیان ۶ ہفتے گزر جانے دئے جاتے ہیں۔ نصاب کے دوران میں یہ گرین یو آئیوڈائیڈ آف کیوڈ (yellow iodide of mercury) روزانہ تین بار بصورت اقراص دیا جاسکتا ہے، جو بڑھا کر دن بھر میں ۱۲ یا ۸ دئے جاسکتے ہیں۔ نصابوں کے درمیان میں پوٹاسیم آئیوڈائیڈ دینا چاہئے۔

**مرض قلب اور حمل۔** اکثر اوقات یہ سوال اٹھتا ہے کہ آیا ان مریضوں میں حمل ہونے دینا چاہئے یا نہیں، جن میں استماع کرنے پر مطرائی بازروی، مطرائی ضیق یا اورطی بازروی کے خیرات موجود پائے گئے ہوں۔ ذیل کی صورتوں میں حمل ہونے دینا چاہئے: (۱) اگر اس کی شہادت موجود ہو کہ معرعی مرض طویل عرصہ سے ہے اور حال ہی میں معرعوں کا کوئی التهاب نہیں ہوا ہے۔ (۲) اگر جہد کی محسبیت اچھی ہو۔ (۳) اگر قلب بڑا یا غیر معمولی طور پر تحریک پذیر نہ ہو۔ (۴) اگر اس کی نئے طبعی ہو۔ (۵) اگر اورطی بازروی میں انکماش اور انقباضی فشار دموی کے درمیان کوئی بڑا فرق نہ ہو، اور ضربتہ الراس بہت زیادہ باہر کی طرف یا بہت زیادہ زوردار نہ ہو۔ (۶) اگر مطرائی ضیق میں کھانسنے یا گہری سانس لینے کے بعد شش میں متواتر تکتکات (جو اذیمیا کا آغاز ظاہر کرتے ہیں) نہ موجود ہوں۔

دوران حمل میں مستزاد انکماشات کے وقوع پر کوئی توجہ نہیں کرنی چاہئے لیکن اذیمی ریشکی انقباض کی موجودگی کو قطعی رکاوٹ تصور کرنا چاہئے (Mackenzie)۔ اگر مشورہ کے خلاف حمل شروع ہو گیا ہے تو مریضہ پر امتیاط کے ساتھ نظر رکھنی چاہئے اور اگر ناموافق علامات ظاہر ہوں تو حمل کو ختم کر دینا چاہئے۔ جب کبھی قلب فعلی نامکار کردگی کے کوئی امارات ظاہر کرے تو مریضہ کو بستر میں سہارا لیکر آرام لینا اور دن کے وقت کچھ وقفوں کے بعد گہری سانس لیتے رہنا چاہئے تاکہ پیسٹروں کے اندر سے دوران خون ہونے میں مدد پہنچے۔ حمل کے آخری مہینوں میں وضع حمل کا اماند کرنا ایک طویل عمل ہے، اور اسی واسطے اس میں قلب پر اس سے زیادہ بار ہوتا

ہے کہ جتنا خود بخود وضع محل ہونے کی صورت میں ہوتا ہے۔ ایسی اصابتوں میں شش قیصری کے عمل کے متعلق غور کرنا چاہئے، بالخصوص اسوجہ سے کہ اس عمل میں فالوپیائی انبوبوں کے بعض حصوں کے استیصال جزوی کے ذریعہ تعقیم کا عمل بھی ساتھ ساتھ انجام دیا جاسکتا ہے۔ میکنزی بیان کرتا ہے کہ شادی شدہ عورت میں مرض قلب کا کوئی درجہ بھی مانع جماع نہیں، بشرطیکہ عورت کو جماع کی خواہش معلوم ہوتی ہو، اور وہ اسے انجام دینے کی قابلیت رکھتی ہو۔

## نخبیۃ التهاب درول قلب

(malignant endocarditis)

### ساری عفونی تفریحی یا جراثیمی التهاب درول قلب

(infective, septic, ulcerative or bacterial endocarditis)

بحث اسباب - حاد روماتزم نخبیۃ التهاب قلب کا پیش رو ہے، لیکن ایسی اصابتوں کی تعداد [۱۶۰] میں سے ۵۲ - آسٹر (Osler) اس تعداد سے کم ہے کہ جس میں روماتزم سادہ التهاب درول قلب کا سبب ہوتا ہے۔ ان میں سے بعض اصابتوں میں علامات کا فور روماتزمی تپ کے دوران میں ہو جاتا ہے، اور بعض میں یہ علامات مزمن مصرعی مرض کے دوران میں پیدا ہو جاتی ہیں جو وقوع ہریت کی استعداد پیدا کر دیتا ہے۔ اس کے برعکس، نخبیۃ التهاب درول قلب کا وقوع اس وقت بھی ممکن ہے جبکہ مصرع تندرست ہوں، بالخصوص تکشف اور سخت عضلی کام کے بعد۔ زمانہ جنگ کے تجربہ سے اس کی تصدیق ہو چکی ہے (19)۔ علاوہ روماتزم کے اس کا سبب معدہ ماد ذات الریہ، ثورانی حیات مثلاً قرمزیه، نفاسی اعمال (puerperal processes)، سطح جسم پر کے کھلے زخموں کی موجودگی، عفونت الدم اور قلعج الدم (پانی میا) ہو سکتے ہیں، انجشیہ مخایہ سے ریخی اخراجات مواد (التهاب مجوی البول، التهاب مہبل، جو فیزیکی بھی یہ مرض پیدا کر سکتے ہیں، لیکن آخر الذکر کے پیدا ہونے کا احتمال اس وقت زیادہ

ہوتا ہے جبکہ پیپ کسی وجہ سے رُکا رہنے اور مواد کی آزادانہ طور پر سیسلیت نہ ہوتی ہو ایسا ہونے کا امکان بچوں میں مزمن التهاب لوزتین یا بالغوں کی حالت میں ندانی نراجات میں خاص طور پر ہوتا ہے۔ ۱۰۰۰ فارغ خدمت آدمیوں میں کہ جن کو مرض قلب تھا، تحت اتحاد جرثومی التهاب دروں قلبہ کا حملہ ۱۲ فی صدی میں ہو گیا۔ اور ملی بازروی کی نیرآ تشکی اصابتوں میں یہ ۳۲ فیصدی میں موت کا سبب ہوا، لیکن مطرانی نسیق میں ۶ فیصدی میں (20)۔

ساری التهاب دروں قلبہ (infective endocarditis) میں احشاء کے اندر مختلف دقیق عضویہ پائے جاتے ہیں۔ نبقات کسبجیہ، یعنی نبقہ کسبجیہ (S. viridans) نہایت عام ہیں، جو دہن اور بڑی آنت کے اندر طے والے نبقات کسبجیہ سے ماثل ہوتے ہیں۔ نبقات عنبیہ، نبقات سحائیہ، نبقات ریوی، فریڈ لینڈر کا عصیہ ذات الریہ، اور تدرن، خناق وبائی، اور تپ محرق کے عصبیہ، اور نبقہ سوزاک اور ناہوا باش (anaerobic) عصبیہ کبھی کبھی ملتے ہیں۔ یہ عضویہ کسی مرکز سرایت سے نکل کر خون کے اندر داخل ہو جاتے ہیں اور وہاں سے پھر مصراعوں پر مرتب ہو جاتے ہیں۔ مرض کی زیادہ حاد قسموں میں نبقا کسبجیہ دوران حیات میں اکثر خون کے اندر پائے جاتے ہیں۔

مرضی منتشر کج - التهاب دروں قلبہ کی اس قسم میں ملتب شدہ مصراع کی بافت نرم پر ڈکر ٹوٹ جاتی ہے، جس سے تاو کلات یا تقرحات پیدا ہو جاتے ہیں، اور اس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ اس سطح پر، جو کھردری ہو گئی ہے، فائبرن مرتب ہو جاتی، اور روئیدگیوں کے بقاعدہ تودوں کی صورت میں جمع ہو جاتی ہے، جو ممکن ہے کہ ایک فندق (hazel nut) کی جسامت کے برابر ہو جائیں مناسب طریقوں کی مدد سے سطح پر، اور روئیدگیوں کے جرم میں کم و بیش گہرائی پر عضویہ دکھلائے جاسکتے ہیں، جہاں وہ حاد اصابتوں میں بڑے بڑے تودے بنا دیتے ہیں نیز نہایت زدہ سطح کے نیچے ایک منطقہ کثیر الاشکال نواتی غلیوں کی دریر بخش کا موجود ہوتا ہے۔ جب مرض مزمن ہوتا ہے تو عضویہ نسبت بہت کم ہوتے ہیں، اور اعمال اندمال جو لینی ناہضات کے ذریعہ سے انجام پاتے ہیں

نسبت زیادہ بدیہی ہوتے ہیں۔ مصراع میں کے ان اعمال سے متعدد اہم تغیرات پیدا ہو جاتے ہیں۔ ممکن ہے کہ خود مصراع مشقوب ہو جائے، یا سیج کی دھجیاں جزو جدا ہو کر خون کی رُو میں ڈھیلی لٹکتی رہیں، یا بعض حصے بکھل جاد ہو جائیں۔ بعض اوقات مصراع کا ایک حصہ اتلا فی عمل سے اتنا کمزور پڑ جاتا ہے کہ وہ خون کے دباؤ کے مقابل کی تاب نہیں لاسکتا، اور مصراع کا ایک تاجکی اتساع یا انورسما پیدا ہو کر مقابل جانب پر اُبھر آتا ہے۔ دوسرا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ مصراع کی ایک دھجی، جو بطین کے انکماش و انبساط کے ساتھ خون کی رُوؤں میں آگے کی طرف اور پیچھے کی طرف کیسلیتی ہے اور اپنے سامنے اور پیچھے کے کہنوں کی دیواروں سے متبادلًا ٹکراتی ہے، متعلقہ حصوں میں التهاب دروں قلبہ، یا شریان کے اندرونی شتر کا التهاب (endarteritis) پیدا کر دیتی ہے۔ دھجی سے ٹکرانے کے مقام پر مہرایت واقع ہو کر استری جلی کے التهاب کی ایک مازہ ملکیتی پیدا ہو جاتی ہے۔

لیکن خمیث التهاب دروں قلبہ کا اہم ترین اثر سارے نظام شریانی کی وہ مہرایت ہے جو مصراعوں کے جدا شدہ ریزوں سے پیدا ہو جاتی ہے جو اعضا بعیہ میں منتقل ہو جاتے ہیں۔ اس مرض کے مخصوص مظاہر اسی عمل کی وجہ سے، اور ساتھ ہی جدا شدہ ٹکڑوں میں عضویوں کی موجودگی کے سبب سے رونما ہوتے ہیں۔ سدا ریت جسم کے تقریباً کسی بھی حصے میں واقع ہو سکتی ہے۔ وہ بالخصوص لمحال اور گردوں کے عروق میں عام ہے، لیکن دماغ، غذائی کنال، جلد، شبکیہ (retina) اور پھیپھڑوں کے عروق میں اور جوارح کو رسد پہنچانے والی بڑی شریانوں، جیسے کہ کعبی، زندگی، قمبیتی، عضدی، اور دوسری شریانوں میں بھی واقع ہو جاتی ہے۔ ان انفرازات کے مقامی نتائج یہ ہیں: (۱) دوران خون کا تسد (۲) سدود عرق کی توزیع کے رقبہ کے اندر تنخر یا زرف، یا ان دونوں کا وقوع، اور منفعات کی تشکیل۔ اور (۳) دقیق عضویوں کے عفونی اثر سے اُسی رقبہ کا تقعیج، اسوقت جبکہ عمل مادہ ہو (ملاحظہ ہو سدا ریت: embolism)۔

مختلف اعضا پر اثرات، جیسے کہ وہ خمیث التهاب دروں قلبہ کی مختلف اصابتوں میں دیکھے جاتے ہیں، یہ ہیں: دماغ کی لینت (softening) اور خراج

اور التهاب سحایا (meningitis) - شکیہ کے نزقات اور عصب بصری کا التهاب۔  
 لہال کا فستزورم، انفعام اور خراج - تین طریقے ہیں جسے گردے ماؤف ہو سکتے ہیں۔  
 (۱) مادستی التهاب گردہ (acute toxic nephritis) ہو سکتا ہے۔ (۲) حادثہ کی  
 سداوی التهاب گردہ (acute focal embolic nephritis) نمودار ہو کر کیا گزیلا  
 گردے (flea-bitten kidney) پیدا کر سکتا ہے، جو اکثر بڑے اور ایک  
 سفید زین پر زنی نقطوں کی وجہ سے دصبہ دار ہوتے ہیں۔ خود میں سے دیکھنے پر  
 مختلف الجھامت دروں کیسی نزقات نظر آتے ہیں جو بندریج تعضیہ یافتہ  
 ہو جاتے ہیں، اور رخنکی بافت کا ایک چکیتی دار اُذیمہ بھی، بلا لپاٹ کے نظر آتا ہے۔  
 (۳) انفعام کے ذریعے سے ممکن ہے کہ جلد کے نیچے نزقات، پھیپھڑوں کے زنی  
 مفعلات اور خراج، ذات الجنب اور دبیلا بھی موجود ہوں۔

سادہ التهاب دروں قلبہ کی طرح نصیث التهاب دروں قلبہ بھی خاص کر  
 قلب کی بائیں جانب کو ماؤف کرتا ہے۔ لیکن ان امابتوں کا تناسب جن میں  
 دائیں جانب ماؤف ہوتی ہے، اس سے بہت زیادہ ہوتا ہے کہ جتنا سادہ قسم  
 کے التهاب کی صورت میں ہوتا ہے۔ امابتوں کی غالب تعداد میں نصیث التهاب  
 دروں قلبہ انھیں مصراعوں پر ہوا کرتا ہے جو مابقی سادہ التهاب دروں قلبہ کے  
 اثرات ظاہر کرتے ہیں۔

علامات۔ اس مرض کے علامات اور اس کا ممر نہایت اختلاف ظاہر  
 کرتا ہے۔ بعض امابتوں میں علامات ابتداء محض یہ ہوتے ہیں کہ تپ اگر دوپہر کے  
 بعد پیش بلند ہو جاتی ہے، یا شاید پسینہ آتا ہے، اور یہ ایسے مریض میں ہوتا ہے  
 جو ایک فاعلی زندگی بسر کرتا ہے، اگرچہ شاید یہ معلوم ہوتا ہے کہ اسے مصراعہ مرض  
 ہے، اور یہ کم وبیش کامل طور پر تعویض یافتہ ہے۔ تپ ممکن ہے کہ بلند ہو اور ۱۰۲  
 یا ۱۰۳ درجہ تک پہنچ گئی ہو۔ لیکن وہ عموماً متفتت یا متوقف ہوتی ہے، بعض اوقات  
 طویل عرصوں تک جیرتناک باقاعدگی کے ساتھ۔ پسینہ اکثر بکثرت آتا ہے، اور ممکن ہے  
 کہ کسی بھی ایک قشریہ بھی ہو۔ نبض سریع ہو کر ۹۰ سے ۱۲۰ تک جولانی رکھتی ہے، بلکہ  
 اس سے بھی بلند تر۔ اگر قلب کا استماع کیا جائے تو عموماً ایک نہ ایک دھنہ پر ایک خیر



سنائی دیکھا، لیکن یہ زیادہ تر بائیں جانب پر ہوتا ہے۔ تاہم یہ نہیں سمجھنا چاہئے کہ ان امیباتوں میں ممکن ہے کہ خیریت بخوبی غیر موجود ہوں۔ طحال عام طور پر بڑھی ہوئی ہوتی ہے، اور ممکن ہے کہ البیومن بولیٹ یا دم بولیٹ موجود ہو، اور ثانوی عدم وضاحت بھی ہوتی ہے۔ کبھی کبھی یہ امیبات حاد التهاب گردہ سے مشابہ ہوتی ہے۔ جہاں روماتزم کی مابقی سرگزشت موجود ہو، یا مرض قلب معلوم ہو، وہاں ممکن ہے کہ قلب کی جسامت اور اس کے فعل کی غیر طبیعی حالتیں پائی جائیں۔

کثیر التعداد امیباتوں میں تب محرقہ سے قریبی مشابہت پائی جاتی ہے، بالخصوص اسوجہ سے کہ تب کا وقوع تقریباً خود بخود ہوتا ہے اور اس کے ساتھ درد سر اور بڑھی ہوئی طحال ہوتی ہے، جو کہ عمومی سرایت سے یا سادیت کی وجہ سے ہوتی ہے۔ لیکن گلابی دھتے نہیں ہوتے۔ چنانچہ ممکن ہے کہ مریض بالکل اچھا ہو جاتی ہو، اُسے ایسی علامتوں کی شکایت پیدا ہو جائے، جیسی کہ دوسرے شدید حاد امراض کی ابتداء میں ہوا کرتی ہیں، درد سر، یا پشت و جوارح کا درد، یا ایک صبح قشعریرہ یا قشعریرے۔ پھر اس کے بعد شدید ارتفاع حرارت اور اس کی معمولی حالتیں، یعنی بلند تپش، سرخ نبض و تنفس، خشک زبان، عدم اشتہا، تشنگی اور کسلی پیدا ہو جاتی ہیں۔ اکثر اوقات مریض چند ہی روز کے اندر غلطی سے پروا، غنودہ ہوتا ہے، اور رات کے وقت اُسے ہڈیاں ہوجاتا ہے۔ لیکن اس علامت کے نمودار ہونے کا وقت، جو غالباً سم کی قشیت کے لحاظ سے متعین ہوتا ہے، تغیر پذیر ہوتا ہے۔ آنتوں کی حالت مختلف ہوتی ہے، لیکن اکثر پتلی زرد اجابتیں ہوتی ہیں، جو تب محرقہ کی اجابتوں سے بہت مشابہ ہوتی ہیں۔ اور ممکن ہے کہ شکم متمدد ہو۔ ان امیباتوں کی مدت عموماً دس دن سے لیکر دو یا تین ہفتے تک ہوتی ہے، لیکن اس سے بہت کم کہ جتنی تحت الحاد ساری التهاب درون قلب (subacute infective endocarditis) کی امیباتوں میں ہوتی ہے۔

282

امیباتوں کے ایک دوسرے گروہ میں قشعریرے ایک نمایاں علامت ہوتے ہیں، اور وہ دن بھر میں ایک، دو، یا زائد بار ہوتے ہیں، اور اس قشعریرے سے جو زخموں کے باعث ہو، نہایت قریبی مشابہت پیدا ہو جاتی ہے۔ حقیقت

یہ ہے کہ التهاب کتب العظام کی حالت میں، جو بقولہ حنبلیہ ذہبیہ کے ہشت ہو، ممکن ہے کہ ساری التهاب دروں قلبہ کوئی مخصوص متمیز علامات نہ پیدا کرے اور یہ ضرر صرف امتحان بعد الممات یعنی لاش کے معائنہ کے وقت ظاہر ہو۔ اس طرح ایک دوسرے گروہ میں عضویہ دماغی سحایا پر حملہ آور ہوتے ہیں، اور التهاب سحایا کی علامتیں ہی ایک نمایاں منظم ہوتی ہیں۔

اس مرض کی کسی بھی اصابت میں، ان علامتوں پر جو کہ عفونت الدمی سرت پر منحصر ہوتی ہیں اور علامتیں بھی مستزاد ہو سکتی ہیں جو سدادیت سے شہ امین یا اثر یا بکول کا تسد واقع ہونے کے باعث پیدا ہو جاتی ہیں۔ بعض اوقات دماغ کی ایک بڑی عرق کی سدادیت ہو کر فالج نصفی (hemiplegia) پیدا کر دیگی۔ اگر ٹانگ یا بازو کی عرق مسدود ہو گئی ہے تو کلائی یا ٹخنے کے مقام پر کئی نبض غائب ہو جائے گی۔ لیکن تا وقتیکہ ایک بہت بڑی عرق ماؤف نہ ہو جائے، گنگرین یا سرد پٹن کا واقع ہونا ضروری نہیں۔ اختار کے چھوٹے عروق کی سدادیتیں زیادہ اکثر الوقوع ہیں۔ اس طرح اکثر طحال کی کلائی اور الیمیت پیدا ہو جاتی ہے، جو جزو مفعات کی وجہ سے ہوتی ہے، اور طحال وزن میں ۲۰ تا ۳۰ اونس ہو سکتی ہے۔ مفعات گردے میں بھی واقع ہوتے ہیں، اور ممکن ہے کہ ان کے ساتھ درد بھی ہو اور قارورے میں البیومن یا خون نمودار ہو جائے۔ بعض اصابتوں میں جلد کے نیچے نشی نزفات ظاہر ہو جاتے ہیں، جو عموماً چھوٹے ہوتے ہیں، اور دھڑپ، جنگا سوں اور بغلوں کے گرد و پیش واقع ہوتے ہیں۔ استثنائی حالات میں ممکن ہے کہ ایک پریپیوری جلت ہیمینول تک موجود رہے۔ بعض اوقات جلد پر چھوٹے چھوٹے دردناک احمراری لم نمودار ہو جائیں گے، بالخصوص ہاتھ کی انگلیوں کی خم پذیر سطحوں پر، اور چند روز دیگر پھرہ اوٹک غائب ہو جاتے ہیں۔ یا ایک زیادہ گہرا درد ہوتا ہے، اور جسم یا جوارح کی عمیق تر بافتوں میں ایک نسبت بڑا اور الیم گومڑا جلد کے نیچے محسوس کیا جاسکتا ہے، اور چند روز تک قائم رہتا ہے۔ ان کو آسکلر کے نقاط (Osler's spots) کہتے ہیں اور یہ تحت الحاد مرض میں بالخصوص تشخصی اہمیت رکھتے ہیں۔ یہ غالباً سدادی واقعات ہیں۔ شبکیہ میں اکثر نزفات دیکھے جاتے ہیں، اور ممکن ہے کہ نفث الدم

اور رُغاف بھی ہو۔ سدا دی اعمال غالباً بعض التهابی حالتیں بھی پیدا کر سکتے ہیں، مثلاً التهاب گردہ کی دو قسم جو پہلے بیان کی گئی ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 281)، اگرچہ پیشکوک ہے کہ یہ التهابی حالتیں عروقی نسد کا نتیجہ ہوتی ہیں یا دقیق عضویوں کے داخل ہو جانے کا۔ التهاب گردہ یا مفعات کی وجہ سے البیومن بولیت اکثر واقع ہو جاتی ہے بعض اوقات التهاب عصب بصری موجود ہوتا ہے۔

ایک خاص گردہ اُن کم و بیش مزمن اساتوں کا ہے جنہیں تحت الحاد جراثیمی التهاب دروں قلبہ (bacterial endocarditis) یا بطی التهاب دروں قلبہ (endocarditis lenta) کہتے ہیں (19، 23، 24)۔ یہ مرض مسموک طور پر پیدا ہو جاتا ہے۔ مریض رفتہ رفتہ شاعب اور معدیم الدم ہو جاتا ہے، وہ الکسی میں مبتلا ہو جاتا ہے، تپش میں اکثر خفیف ارتفاعات ہوتے رہتے ہیں، جو اکثر درج فارن ہاٹ سے زائد نہیں ہوتے۔ انگلیاں میز طور پر گردش ہو جاتی ہیں، اور طحال بڑی ہو جاتی ہے۔ کبھی کبھی نمشی (petechial) یا دوسرے سدا دی علامات پائے جاتے ہیں، مثلاً خفیف البیومن بولیت ہو سکتی ہے، اور ممکن ہے کہ قارورہ کے اعراض سے دموی خلیات کی موجودگی ظاہر ہو جائے۔ نقاط آسٹر مرض کی اس قسم کے لئے بالخصوص تمیز ہیں۔

نجیث التهاب دروں قلبہ کی مدت نہایت مختلف ہوتی ہے۔ اس کی بعض امابتیں، جن میں مستمر ارتفاع حرارت کے سوائے اور کچھ نہیں ہوتا، چھ یا سات ماہ تک جاری رہتی ہیں۔ قعج الدموی یا شدید محرقی قسم کی حالتیں، یا وہ جنہیں التهاب سحایا ہو، چند ہی ہفتوں یا دنوں میں ہلک ثابت ہوتی ہیں۔ موت عموماً فشل قلب، یا یوریا دمویت یا سدادیت کی وجہ سے واقع ہوتی ہے۔

تشخیص اس کا انحصار متغیر یا عفونی قسم کے ارتفاع حرارت، مصرعی مرض کی موجودگی، اور سدادیت کے متذکرہ بالا مظاہر پر ہوتا ہے۔ نیز نمایاں عدم دمویت اور التهاب عصب بصری، جب یہ موجود ہوں، قیمتی امارات ہیں۔ لیکن ممکن ہے کہ ساری بیماریاں خیر موجود نہ ہو، اور اگر موجود ہو تب بھی یہ مصرعی مرض انفلوئنزا تپ محرقہ، یا تندن کے امکان کو خارج نہیں کرتا۔ چنانچہ ممکن ہے کہ تشخیص کا انحصار

سدا دیتوں کے وقوع پر ہی رکھنا پڑے۔ خمیشت التهاب دروں قلبہ اکثر غلطی سے تب محرقہ سمجھ لیا جاتا ہے، لہذا امتحانات التزاتی (agglutination tests) عمل میں لانے چاہئیں۔ بعض تحت الحاد امصابتوں میں طحال بڑھی ہوئی اور عدم دمویت اتنی زیادہ ہو سکتی ہے کہ طحالی عدم دمویت (splenic anaemia) کا شبہ پیدا ہوتا ہے۔ اس کا امکان اُس وقت اور بھی زیادہ ہوتا ہے جبکہ سرخ نشاستہ یا مغاطی جھلیوں کے نزقات موجود ہوں اور جبکہ خور یقینی طور پر غیر عضوی ہو۔ عفونی التهاب دروں قلبہ سے ملیں یا کا گمان پیدا ہو سکتا ہے۔ مسلسل ارتفاع حرارت جس کے ساتھ صریح امارات نہوں، آغاز پذیر دخیشتہ تدریج (miliary tuberculosis) نیز خمیشت التهاب دروں قلبہ دونوں کی وجہ سے ہو سکتا ہے۔ لیکن کچھ عرصہ کے بعد ان میں سے کسی ایک نہ ایک مرض کے مخصوص مقامی امارات مشاہدے میں آ جانے چاہئیں۔

خون کا امتحان نبقات سجمیہ اور دوسرے عضویوں کے لئے کرنا چاہئے۔  
(انذار۔ یہ نہایت بُرا ہوتا ہے، اور محرقی یا تنقیح الدموی قسم کی ایک نمایاں امصابت سے شفا یابی شاذ ہوتی ہے۔ اس کے برعکس، تحت الحاد جراثیمی التهاب دروں قلبہ کے حملوں کے بعد تخفیف ہو گئی ہے، لیکن ممکن ہے کہ وہ مختلف وقفے کے بعد پھر واقع ہو جائیں۔

تحریر۔ عفونی دانت نکال دینے کے بعد اس کی امصابتیں واقع ہو گئی ہیں بہت سے دانتوں کے نکالنے کے لئے سب سے زیادہ خالی از خطر طرز عمل یہ ہے کہ دندان ساز سے تمام دانتوں کو نہایت احتیاط کے ساتھ کھرچوا کر صاف کرایا جائے اور ایک ہفتہ کے بعد پھر ایسا کرایا جائے۔ اور پھر چند دنوں کے بعد تمام دانتوں کو جن کا نکال دینا ضروری ہے ایک ہی وقت میں نکلا دیا جائے۔ ایک وقت میں ایک ایک یا دو دو دانت کر کے عرصہ دراز میں دانتوں کے نکالنے میں یہ خطرہ ہے کہ سُنہ میں جو عفونی دانت پیچھے باقی رہ جاتے ہیں اُن سے زخموں کے سرایت زدہ ہو جانے کا امکان ہوتا ہے۔

علل ج۔ بیشتر امصابتوں میں صریحاً اس سے زائد نہیں ہو سکتا کہ تخفیف مرض

کر دے۔ جیسا کہ قلعج الدم میں کیا جاتا ہے، اگر کوئی زخم یا جلدی قرعہ (sore) ہو تو اسے حدیم العفونیت کر دینا چاہئے، اور کوئین (۵ گرین) سوڈیم سلفوکاربونیٹ (۱۰ تا ۲۰ گرین) یا سوڈیم ہینز وائیٹ (۲۰ گرین) کی خوراکیں بار بار دیکر مرض پر اثر ڈالنے کی سعی کرنی چاہئے۔ چند اصابتوں میں صدیقی کبھی مصل یا خود زاد جدرین کے تحت الجلدی اشراب سے اچھے نتائج مترتب ہوئے ہیں۔ لیکن بعض اوقات خون میں کوئی دقیق عضویوں کا ملنا نامکن ہوتا ہے، اور جب وہ پائے بھی جائیں اور جدرین تیار بھی کر لی جاسکے تو شاذ متشیات کے سوائے وہ اکثر بیکار ہوتی ہے۔ جب عضویہ تغیر کر لیا گیا ہو تو ایک اور امید افزا طریقہ علاج یہ ہے کہ مریض کے کسی رشتہ دار میں اس کی تطعیم کر کے اس رشتہ دار سے مریض میں مناعتی نقل الدم عمل میں لایا جائے۔ مریض اور غذا کے متعلق ان عام قواعد پر عمل کرنا چاہئے جو حائی حالتوں میں استعمال کئے جاتے ہیں۔ اگر ضرورت ہو تو قابضات سے اسہال و افر کو روکا جاسکتا ہے۔ ہدیان شاذ ہی اس قدر تند ہوتا ہے کہ اس کے لئے کسی خاص علاج کی ضرورت پیش آئے۔ یہ قدرتی امر ہے کہ ہتیمات دئے جاتے ہیں، کیونکہ قلب کا فعل جلد ہی خطرناک طور پر متاثر ہو جاتا ہے۔

## علامیہ جہد

(EFFORT SYNDROME)

(قلب کا غیر منتظم فعل - سپاہی کا قلب)

(disordered action of the heart, soldier's heart)

گذشتہ جنگ کے دوران میں جنگی جدوجہد کے وہ اثرات جو سپاہی کے قلب پر طاری ہوتے ہیں، ہمیشہ زیر مشاہدہ و مطالعہ رہے۔ ہزار ہا سپاہی مختلف اوقات میں ایسے علامات کی بنا پر معذور خدمت قرار دئے گئے، جن سے ایک کمزور قلب یا مرضی قلب کا پتہ چلتا تھا، اور ایسی مثالوں میں مریض کے قلبی یا دیگر ضرر کی نوعیت پر اس ضرر کے بہترین طریقہ علاج پر، نیز مریض کی جنگی طاقت کے

مستقبل کے انداز پر بیٹھے اُس کی موقوفی یا خدمت پر بحال ہونے کے متعلق غور و خوض کرنا پڑتا تھا۔ اس موضوع پر اُس روڈاد میں بحث کی گئی ہے جو ٹی۔ لیوس (T. Lewis) نے مجلس تحقیقات طبی کی خدمت میں پیش کی (خاص روڈادوں کا سلسلہ ۱۵ء)۔ اور اس اہم روڈاد میں اُن ایک ہزار سپاہیوں کے مطالعہ کے نتائج درج کئے گئے ہیں، جو قلبی عروقی نظام کے حقیقی یا فرضی نقص کی بنا پر دورانِ تربیت میں یا فاعلی جنگی خدمت کے زمانہ میں بیمار قرار دیئے گئے تھے۔

بحث اسباب - متعدد مختلف حالتوں میں (مثلاً تمدن، جو جنگی

مصرعی مرضِ قلب، اور بعض دوسری ایسی حالتوں میں جن میں جسم کے اندر کوئی صریح ضرر موجود نہیں ہوتا) ایک متعین علاماتی مخلوط موجود ہوتا ہے، جسے علامیہ جہد کہتے ہیں۔ آخر الذکر قسم کی اصابت کو (یعنی جبکہ جسم میں کوئی دوسرا ضرر موجود نہ ہو) ”قلب کا غیر خنظم فعل“ کہتے ہیں۔ اس نام پر اعتراض کیا جاتا ہے، کیونکہ یہ صرف قلب ہی کی طرف اشارہ کرتا ہے اور اس طرح مریض پر ایک بُرا اثر پیدا کر دیتا ہے۔ لیوس کا میلان خیال یہ ہے کہ اس مرض میں خود قلب کا فعل ایک ذیلی کیفیت ہے۔

مطالعہ اور معالجہ سے پہلے اُن دوسرے امراض کو ملحوظہ کر دینا ضروری ہے جو یہی علامات پیدا کر دیتے ہیں۔ بالخصوص مصرعی مرضِ قلب کے متعلق یہ سمجھا جاتا ہے کہ اس میں اور طبعی یا مطرائی انبساطی اور پیش انکماش خیریات ظاہر کرنے والی انتہائیں شامل ہیں لیکن وہ اصابتیں شامل نہیں کہ جن میں انکماش خیریات خواہ قاعدہ قلب یا راس پر موجود ہوں، کیونکہ اس قسم کے خیر کی اہمیت غیر یقینی ہوتی ہے۔ سپاہیوں میں انکماش خیریات کی موجودگی شاذ ہی مصرعی مرض پر دال ہوتی ہے، اور اس حالت میں مصراع کو جو نقصان پہنچا ہوتا ہے وہ اکثر محض خفیف سا ہوتا ہے۔ مزید برآں صرف انکماش خیر کی بنا پر معذور خدمت قرار دیئے ہوئے مریض امتحان کرنے پر تقریباً تمام مثالوں میں فاعلی خدمت کے قابل پائے جاتے ہیں۔

یہ عارضہ خاص کر قعودی پیشہ کے اشخاص میں پایا جاتا ہے، اور بالخصوص زیادہ ذہین کارکنوں کی جماعت میں ہوتا ہے۔ فطرتاً یہ لوگ زیادہ حساس ہوتے ہیں۔ ان میں منشیات سے قطعی پرہیز کا رواج ہوتا ہے (۲۵۴ مثالوں میں ۲۵ فیصد)۔

زہراوی امراض کی روئداد نہایت شاذ ہوتی ہے، بلکہ اس کے برعکس اکثر استنباط یہ  
یعنے خلق زنی پائے جانے کا یقین ہوتا ہے۔

غالباً عصب تائید کا فعل غیر طبعی ہوتا ہے، جیسا کہ دوران تنفس میں شرح  
نبض کے تغیر سے ظاہر ہوتا ہے، اور بعض اوقات نبض نہایت آہستہ ہو جاتی ہے  
جس کے ساتھ غشی کے دورے ہوتے ہیں۔

نظام مشارکی، اڈرینالین (adrenalin) اور ایپوکوڈین (apocodeine)  
سے اس سے زیادہ آسانی کے ساتھ متہیج اور منخفض ہو جاتا ہے کہ جتنا معمولی حالات  
میں ہوتا ہے۔ اس سے معلوم ہوتا ہے کہ قلبی تیزی کا سبب مشارکی میکان ہو سکتا ہے۔  
اس کا کوئی ثبوت موجود نہیں کہ بیش درقیت (hyperthyroidism)  
اس کا سبب ہے۔ تجربات سے ظاہر ہو گیا ہے کہ درقی کے استعمال کی برداشت یہ  
مریض بالکل اسی طرح کر سکتے ہیں جس طرح کہ طبعی اشخاص۔

قلب میں طبعی امارات موجود نہ ہونے کے باوجود مریضوں میں روماتزمی قلب  
کے ورود کی زیادتی اس امکان پر دلالت کرتی ہے کہ بہت سی امیبتوں میں عضل قلب  
کا ابتدائی تغیر اس کا سبب ہو سکتا ہے۔ تاہم ورزش کے بعد فوراً سردی قلب  
(heart block) ہونے کے آثار نہیں پائے جاتے، جیسا کہ برقی قلب بھار سے ظاہر  
ہوتا ہے، اور یہ عموماً ایک قابل قدر امارت ہوتی ہے۔

خون کی کاشتیں منفی ہوتی ہیں۔

یہ اغلب نہیں معلوم ہوتا کہ تمباکو نوشی اس حالت کا سبب ہے، اگرچہ  
یہ ثابت ہو چکا ہے کہ تمباکو ان مریضوں میں شرح نبض کو اس سے زیادہ کر دیتا ہے  
کہ جتنی طبعی اشخاص میں ہوتی ہے۔ اولاً تو یہ حالت عام طور پر، دوسری ہندوستانی  
فوجوں کی طرح، سکھ سپاہیوں میں بھی پائی جاتی ہے جو کہ تمباکو نہیں پیٹتے۔ علاوہ انہیں  
تمباکو کا صرفہ عموماً غیر معمولی مقدار میں نہیں ہوتا، اور کافی حیرت انگیز امر یہ ہے کہ  
زیادہ تمباکو پینے والے اس سے زیادہ فیصدی تعداد میں کام پر واپس آ جاتے ہیں  
جتنی تعداد میں کم پینے والے آتے ہیں، گو کہ تمباکو مطلق نہ پینے والے اشخاص میں  
زیادہ اچھی حالت میں ہوتے ہیں۔ اس کی صریح وجہ یہ ہے کہ کم پینے والے اشخاص

تباکو کے اتنے عادی نہیں بنے کہ جتنے زیادہ پیئے والے بن جاتے ہیں۔ اس میں کوئی شک نہیں کہ تباکو نوشی اس حالت میں زیادتی کر دیتی ہے۔

مکمل ہے کہ اس حالت کا بنیادی سبب کسی قسم کا قسم الدم ہو۔ اس حالت کا علاماتی مخلوط اس سے بہت مشابہ ہوتا ہے جو ابتدائی مدتوں میں پایا جاتا ہے اور اکثر مابقی مزیت کی روئداد ملتی ہے۔ ۵۰ تا ۶۰ فیصدی امضاتوں میں اس عارضہ کی پیدائش میں سرایتوں کے کارفرما ہونے کا شبہ درست معلوم ہوتا ہے۔

علامات - "علامہ جہد" حسب ذیل علامات پر مشتمل ہوتا ہے۔ سانس پھولنا۔ یہ علامت ہمیشہ پائی جاتی ہے، بالخصوص صحت کرنے کے بعد۔ بیداری کے اوقات میں ۶۰ تا ۸۰ کی شرح تنفس کا پایا جانا کسی طرح بھی شاذ نہیں۔ دوران خواب میں شرح تنفس طبعی ہوتی ہے اور اگر مریض آرام سے بستر پر لیٹا رہے تو یہ شرح عموماً نہیں بڑھتی۔ ۵۰ تا ۶۰۔ یہ مریضوں کی تقریباً تین چوتھائی تعداد میں پایا جاتا ہے اور اس کی نوعیت پیش قلبہ پر بقراری سے لیکر ذہنی توزیع رکھنے والے درجہ تک خلاف مدہ ہوتی ہے۔ یہ خاص کر ورزش کے ساتھ متلازم ہوتا ہے۔ خستگی ایک تقریباً مستقل علامت ہوتی ہے۔ سیسل جہد کرنے سے پیدا ہوتی ہے، اور اس خستگی سے بدرجہا زائد ہوتی ہے جو ایک تندرست شخص میں ٹھکان کے باعث پیدا ہو جاتی ہے۔ دوران سر اور غشی۔ دوران سر ایک تقریباً مستقل علامت ہے اور تبدیل وضع اور جہد کے ساتھ متلازم ہوتی ہے۔ غشی کے ملے نسبت کم عام ہیں۔ اختلاج

285

اکثر ہوا کرتا ہے، بالخصوص ورزش کے ساتھ۔ یہ عموماً صریح اور زوردار ضربات قلب کی وجہ سے ہوا کرتا ہے، اور اکثر متراد انکماشات کی وجہ سے یا کسی دیگر واضح قلبی بے نظمی کی وجہ سے نہیں ہوتا۔ تاہم متراد انکماشات ہوتے ضرور ہیں اور تنفس کے ساتھ جوئی عدم توازن (sinus arrhythmia) کا وقوع غیر عام نہیں۔ درد سر تقریباً ہمیشہ ہوا کرتا ہے۔ پسینہ آنا اور ہرودت جوارح عام ہے۔ پلوکارپین (pilocarpine) کے لئے محسبیت معمول سے زائد ہوتی ہے۔ مزاج کا چڑچڑاپن، بے خوابی، توجہ قائم رکھنے کی ناقابلیت، تزلزل، ہاتھوں کا رعشہ، اور تھما ہٹ عام ہیں۔ کسی بھی شکل میں انکمل لینے کے لئے بے رغبتی ہونا (جو بعض اوقات



تقویٰ کی بنا پر ہوتی ہے، لیکن اسقدر عام طور پر گن کے سبب سے بھی، ایک کثرت الوداع اور خیر ناک ایٹلاف سمجھنا چاہئے۔

طبعی امارت حسب ذیل ہیں:- قلب کی شرح کی زیادتی، جو جذبات ورزش، یا تبدیل وضع (مثلاً اجتماعی وضع بدلتی گھڑی وضع میں ہو جانے) کی عجیبیت میں بالخصوص نمایاں ہوتی ہے۔ ایک ممتاز اور وسیع طور پر مسئلہ امارت یہ ہے کہ جہد کے بعد تخرج نبض کی واپسی سست ہوتی ہے۔ جب مریض آرام میں ہو تو خون کا دباؤ عموماً طبعی ہوتا ہے، لیکن جذبات اور جہد کی عجیبیت مبالغہ کے ساتھ ہوتی ہے اور اکثر بلند مقروآت حاصل ہوتے ہیں۔ منتشر ضربۃ الراس عام ہے، اور ممکن ہے کہ اس کے ساتھ صدمہ کی قوت کی زیادتی ہو یا نہ ہو۔ یہ عموماً اتساع قلب کی طبعی امارت سمجھی جاتی ہے، لیکن صحیح درجہ نگار (orthodiagraph) کے ذریعہ لاشعاعی امتحان کرنے سے ظاہر کرتا ہے کہ قلب کی کوئی کلائی نہیں ہے، چنانچہ یہ امارت ناقابل اعتبار ہے۔ حقیقت میں قلب چھوٹا ہوتا ہے (56)۔ عمیق معکوساً عموماً زیادہ ہو جاتے ہیں۔ قاصر و ۶۰ فیصدی اس باتوں میں بیش تر شئی ہوتا ہے، اس کی مقدار کم ہو جاتی ہے، اور آمونیا اور آمینو ایسڈز زیادہ ہو جاتے ہیں ۲۰ فیصدی میں حجم بھی کم ہو جاتا ہے، اور قارورہ میں فاسفیٹس جم جاتے ہیں۔ آمونیا مقدار میں طبعی ہوتا ہے لیکن آمینو ایسڈز زیادہ ہو جاتے ہیں۔ بہ حیثیت مجموعی قارورہ میں کیلیم آگزیلیٹ کی قلیں اکثر پائی جاتی ہیں، اور ۱۵ فیصدی اس باتوں میں صبح کے قاروروں میں کثیر التعداد حینات منویہ پائے گئے ہیں۔ خون میں سپید خلیوں کی کثرت ظاہر ہوتی ہے، ان کا اوسط ۱۲،۰۰ فی مکعب ملی میٹر ہوتا ہے، اور منفی خلیات زیادہ ہو جاتے ہیں۔ سپید خلیوں کی معمول سے زیادہ کثرت ورزش کے بعد شاہدے میں آتی ہے، لہذا سائٹس زیادہ ہوتے ہیں، اور علامات کی شدت سپید خلیوں کی کثرت کے ساتھ متوازن ہوتی ہے۔ برقی قلب نگاشیں کوئی غیر طبعی امر نہیں ظاہر کرتیں۔

اقدار۔ عیارات ذیل کے ذریعہ یہ فیصلہ کیا جاسکتا ہے کہ آیا مریض آئندہ زمانہ میں صرف قحویٰ کام کے قابل ہوگا، روماتزمی تپ کی سرگزشت، صحت کرنے پر

سانس کا موافق شدت کے ساتھ بھولنا، پیش قلبی دروجو اتنا کافی شدید ہو کہ ورزش میں مزاحم ہو، ۱۲۰ یا زائد کی شرح نبض حتیٰ کہ اضطجاعی وضع میں بھی، ایسے علامات جو سالہا سال سے موجود رہے ہوں، گو وہ محض معتدل شدت کے ہوں۔ مریضوں کے امتحان کا ایک طریقہ یہ ہے کہ انھیں تیس میڑھیوں (steps) کے ایک زمین پر چڑھنے دیا جائے، اور ان علامات کو دیکھا جائے۔ چہرہ پر تشویش کے آثار، شرح تنفس ۳۵ یا زائد، جو اس وقت بھی قائم رہے جبکہ نبض لیٹا ہوا ہو اور اس سے وقتاً فوقتاً سوالات کئے جا رہے ہوں، شرح نبض ایسی ہو کہ دو منٹ تک لیٹنے کے بعد بھی قبل ورزشی لیول اور اس میں ۵ ضربات سے زیادہ کا وقفہ ہو۔

جو اشخاص اب تک خارج نہیں کئے گئے ہیں، ان سب کا علاج تدریجی ورزشوں سے کیا جاتا ہے۔ منتخب فوجی ورزشیں کام میں لائی جاتی ہیں، جن سے لوگ بڑی حد تک واقف ہوتے ہیں، اور ان کی تکمیل کے لئے چلکے یا پورے سامان کے ساتھ منزلیں طے کرائی جاتی ہیں۔ یہ ورزشیں ترقی پذیر شدت کے ساتھ گروہوں میں مرتب کی جاتی ہیں، اور مریض ہر تیسرے یا چوتھے دن بلند تر درجہ میں داخل کر دیا جاتا ہے۔ ورزشیں روزانہ پندرہ یا تیس منٹ تک جاری رکھی جاتی ہیں۔ فرائض کی انجام دہی کے لئے اشخاص کی جماعت بندی اس بنا پر کی جاتی ہے کہ بلند ترین درجہ کی ورزش جو وہ بلا تکلف برداشت کر سکتے ہوں کتنی ہے۔ آدمیوں کی جماعت بندی کے لئے اوسطاً ڈیڑھ مہینے کا عرصہ ضروری ہوتا ہے۔ شفا خانہ سے خارج کردہ ۲۲۰ سپاہیوں میں سے ۱۸۲ (۸۳ فیصدی) ایسے تھے جو تین ماہ کے بعد کسی نہ کسی مشیت سے پھر بھی کام کے قابل تھے۔

تحریر۔ ان رگروٹوں کے لئے جن کا پیشہ قعودی رہا ہو ایک طویل اور تدریجی تربیت کی ضرورت ہے (کیونکہ یہی مریضوں کا ایک نہایت کثیر تناسب بناتے ہیں)۔ اس طرح حمایتی عارضہ یا عوارض امعاء کے بعد ایک طویل ترقی بہت کی، اور ساتھ ہی کر تربیت کے ایک تدریجی نظام کی ضرورت ہے۔

علاج۔ یہ سرایت کے مقامی مراکز کے خارج کر دینے (بوسیدہ دانقوں کے اکھاڑ دینے، لوزین کے نکال دینے، وغیرہ) پر مشتمل ہوتا ہے۔ ایمپٹین سمیت

آیوڈائڈ (emetine bismuth iodide) کے ذریعہ مخفی زحیری سرائیت کے خارج کر دینے سے اس حالت میں بارہا تخفیف ہو گئی ہے۔ اگر علامات تازہ ہیں تو فوجی پریڈ اور ورزش سے کچھ عرصہ کے لئے آرام دینا مناسب ہے، مگر بستر پر آرام کرنا مفید ہے اور اُس سے ہمیشہ احتراز کرنا چاہئے نہ استغنائے اس صورت کے کہ جب شدید پیش قلبی درد دردمر یا دوران سر موجود ہو۔ شغل کی صورت بھی ضرورت ہے، بالخصوص کھلی ہوا میں کام جیسے کہ باغبانی۔ مریضوں کی ہمت افزائی کے لئے ان کو یقین دلانا چاہئے کہ اُن کا مرض شفا پذیر ہے، اور یہ کہ اصلاح واضح طور پر معلوم ہو رہی ہے۔ قلب پر خاص توجہ نہیں دینی چاہئے۔ تمباکو، حالت آرام کی شرح نبض کو اور ورزش کے بعد کی علامتوں کو بڑھا دیتا ہے۔ ابتدائی درجوں میں برومائڈ زعفرانی ہوتے ہیں۔ اہم ترین علاج ندرتہجی ورزشوں کے ذریعہ سے ہے۔ ڈیجیٹالس سے کوئی فائدہ نہیں ہوتا۔

## پیدائشی تشوہات

(CONGENITAL MALFORMATIONS)

قلب کے تشوہات، اس کے نوکے نقائص سے پیدا ہوتے ہیں۔ یہ نوکے طبعی طور پر اُس وقت تکمیل کو پہنچتا ہے جب کہ قنات ثنائی (ductus arteriosus) اور سوراخ بیضوی (foramen ovale) کی مدد دی واقع ہوتی ہے، جو کہ پیدائش کے چند روز بعد واقع ہوتی ہے۔ کسی درجہ میں بھی اس مدد دی کے عمل کا ایقاف ہو جانے سے ایک پیدائشی تشوہ پیدا ہو جائے گا۔ بعض اوقات یہ ایقاف استقدر بعد واقع ہو جاتا ہے کہ قلب میں صفِ دوہی کہنے بننے پاتے ہیں، یعنی ایک اُذین اور ایک بطن۔ یا تین کہنے بننے پاتے ہیں، یعنی ایک بطن اور دو اُذین لیکن اسی حالت میں نہایت شاذ ہوتی ہیں، اور ان کو ظاہر کرنے والے بیشتر بچے پیدائش کے بعد تمور سے ہی عرصہ تک زندہ رہتے ہیں۔ ریوی فیق (pulmonary stenosis) اور جن بطنی فاصل (interventricular septum) میں سوراخ کا اجتماع، ایک عام ترین ضرر ہے۔ یہ فیق یا تو ریوی معاعات کے جڑا جانے سے، یا اُن کے مین نیچے کے

مقلدہ کے تضیق سے، یا خود قمع (infundibulum) کے تضیق کی وجہ سے، یا قمع اور بطین کے درمیان ایک نامکمل فاصلہ ہونے کے سبب سے پیدا ہو جاتی ہے۔ کیتھ (Keith) کی رائے ہے کہ ایسی حالتیں ہمیشہ نقائص موکی وجہ سے یا بعداً قلب (bulbus cordis) کے نہ پھیلنے سے ہوا کرتی ہیں، اور دروں رحمی التهابوں قلبہ (intrauterine endocarditis) کی وجہ سے ہرگز نہیں ہوتیں۔ اگر دائیں بطین کا مخرج جنینی زندگی میں اس طرح مسدود ہو جائے تو اس آئندہ کے اندر کا دباؤ اسوجہ سے کم ہو جائے گا کہ خون بین بطینی فاصلہ کے سوراخ میں سے بہ کر بائیں بطین کے اندر چلا جائیگا۔ اور ایسی صورت میں یہ فتحہ مستقلاً باقی رہ جاتا ہے۔ نوکے اس م جلد کے لحاظ سے جس میں یہ ایقاف واقع ہوا ہے، ممکن ہے کہ یہ سوراخ نہایت بڑا ہو یا اس کے خلاف بالائی حصے میں محض ایک انتقاب ہی ہو۔ اس آخر الذکر حالت میں یہ روزن جزو غشائی (pars membranacea) میں واقع ہوتا ہے۔ جب سوراخ بڑا ہوتا ہے تو اور ملی اکثر دائیں بطین سے یا دائیں اور بائیں دونوں بطینوں سے نکلا ہوتا ہے، اور سوراخ بیضوی یا ثریائی قنات یا یہ دونوں نفوذ پذیر ہوتے ہیں۔ ریوی ضیق اور سوراخ دار بین بطینی فاصلہ دونوں الگ الگ بھی واقع ہو سکتے ہیں۔ چند شاذ اصابتوں میں دونوں بطینوں کے درمیان کا راستہ دائیں حقبی مصراع سے نیچے نہیں بلکہ اگلے اور ملی مصراع (کہ جس کے اوپر دائیں اٹیلی ثریا نکلتی ہے) سے نیچے پایا گیا ہے۔ ایسی صورت میں وہ جزو غشائی کے سامنے ہوتا ہے اور دائیں بطین کے قمع کے اندر ہوتا (27)۔

بعض اوقات اور ملی دہنہ یا ایک اذینی بطینی دہنہ کا تضیق یا انطکاس واقع ہو جاتا ہے جو کہ دوران خون کے قمر اور قلب کے طبعی نمویں مداخلت واقع کرتا ہے۔ اور اور ملی اور ریوی ثریا کی مکمل معکوس وضعیت (transposition) اور عروق کی دوسری پیچیدہ معکوس وضعیتیں بھی پائی گئی ہیں۔

مکن ہے کہ قنات ثریائی اور سوراخ بیضوی غیر مسدود رہ جائیں اور یہ بلا کسی مریح سبب کے ہو (غالبا یہ پیدائش کے وقت دوران خون میں ایک عارضی تسدود ہونے کی وجہ سے ہوتا ہے)۔ تاہم سوراخ بیضوی کا کم و بیش انفتاح تقریباً ۳۰ فیصد

تندرست شخصوں میں بھی واقع ہوتا ہے اور ایسی صورت میں ایک شقی محض یا تنگ مصراع دار فتح ایک کہنہ میں سے دوسرے کہنہ میں خون کے گزرنے کا امکان پیدا نہیں کرتا۔ ممکن ہے کہ اور ملی یا ریوی شریان میں تین سکنا نما مصراع ہونے کے بجائے صرف دو ہی ہوں یا چار ہوں۔ یہ تغیر دوسرے تشوہات کے ساتھ پایا جاسکتا ہے، لیکن اگر تہما سہی ہو تو وہ مابعد زمانگی کے مرض کا تنگ بنیاد رکھتا ہے اور پیدائش کے وقت مخططات پیدا کر دینے کا رجحان کم رکھتا ہے۔

امراضیات - قلب کا نمونہ قوف یا ناقص ہونے کے سبب کے متعلق درحقیقت اس سے زیادہ کچھ معلوم نہیں جتنا کہ جسم کے دوسرے حصوں کے پیدائشی تشوہات کے متعلق معلوم ہے۔ پیدائشی مرض قلب کے ممتاز ترین علامات میں سے ایک علامت زرقاق ہے اور وہ زرقاق نو مولود (morbus caeruleus) کے نام سے موسوم کیا جاتا ہے۔ عمومی زرقاق کے سبب پر بعض تازہ مشاہدات سے روشنی پڑتی ہے (14) (۱) زرقاق کا سبب یہ ہو سکتا ہے کہ محیطی شریات میں خون کا سمت دوران ہو اور اس کے نتیجہ کے طور پر واپس آنے والے خون میں اس سے کم آکسیجن موجود ہو کہ جتنی معمولی طور پر ہوتی ہے۔ (۲) یا یہ ہو سکتا ہے کہ شریانی خون آکسیجن سے کامل طور پر سیر شدہ ہو۔ بلاشبہ ان دونوں حوال کا اجتماع ہو سکتا ہے اور اگر خون کے مخرج خلیے زیادہ ہو گئے ہیں تو زرقاق اور بھی شدید ہو جاتا ہے۔ ایک باریک سوئی کے ذریعہ کبریٰ یا عضدی شریان سے براہ راست لئے ہوئے خون کے آکسیجن مافیہ (oxygen content) کی تعیین ظاہر کرتی ہے کہ بلاشبہ نمایاں اصابتوں میں کسی قدر شریانی بے سیری بھی موجود ہو سکتی ہے، تاہم اکتسابی مرض قلب کے زرقاق کا خاص سبب محیطی رکود ہی ہے۔ شریانی خون میں آکسیجن کی معمول سے بھی کم مقدار کا موجود ہونا ان اسباب کا نتیجہ ہو سکتا ہے۔ (الف) پھیپھڑوں میں گیموں کے باہمی تبادلہ میں کوئی رکاوٹ ہو جیسی کہ آؤ میاؤات الریۃ، شمی شنج یا مزمن ریوی مرض میں واقع ہو سکتی ہے۔ (ب) کثرتِ غلیات احمر انتہائی ہو اور خون ریوی شریات کے اندر اتنے عرصہ تک نہ بہتا ہو کہ جس سے تمام بیسمات معمولی طور پر سیر شدہ ہو جائیں۔ (ج) منہ یا نالی جو پھیپھڑوں اور نطاقی دریدوں سے آئے ہوئے خون کا آمیزہ ہو جیسا کہ سور اخذ الطینی

فاصل یا مفتوح سورخ بیضوی اور متلازم پیدائشی ریوی ضیق کی حالت میں واقع ہو سکتا ہے۔ پھیپھڑوں کے اندر خون کی سست رفتاری جیسی کہ اکتسابی مرض قلب میں ہوا رقی ہے، بذاتہ خود اس امر کا رجحان رکھتی ہے کہ شریانی خون کی سیری کی تکمیل کر دے، کیونکہ یہ صورت میں آکسیجن کے اخذ کئے جانے کے لئے بہت وقت حاصل ہوتا ہے۔ پیدائشی مرض قلب کی بعض اصابتوں میں جن میں نزاع نمایاں درجہ کا تھا، یہ یا گیا کہ شریانی خون آکسیجن سے صرف ۲ تا ۱۰ فی صدی کی حد تک سیرستہ تھا۔ جب مرض نے ایک چہ پوش اور مصراعوں کے ذریعہ سے نصف گئے تک خالص آکسیجن کا استنشااق کیا، تو یہ سیری ۹۰ فی صدی سے ذرا ہی زیادہ ہو گئی۔ ایسا ہونا اس امر کی تغلیط نہیں کرتا کہ شریانی خون ریوی اور ریوی خون کے آمیزے سے مرکب ہے، کیونکہ آکسیجن دے کر اس کی سیری کامل طور پر کر دینا نامکن تھا۔ ساتھ ہی پیدائشی مرض قلب میں محیطی رکود بھی ایک جوہر عامل کے طور پر موجود رہ کر نزاع کو زیادہ کر دیتا ہے۔

عام ضرر ریوی ضیق کے ساتھ ایک سو اخذ ارفاصل کا جمع ہونا ہے۔ بعض اوقات ضیق اتنی انتہائی ہوتی ہے کہ اس راستہ سے پھیپھڑوں تک نہایت تھوڑا خون پہنچ سکتا ہے۔ تقریباً وہ سب کاسب اور طی کے اندر چلا جاتا ہے اور بائیں بطن سے آنے والے خون کے ساتھ شامل ہو جاتا ہے۔ ان انتہائی اصابتوں میں شبی شرائین مسع ہو جاتی ہیں اور پھیپھڑوں میں خون کی ایک خاصی رسہ ان تفہات کے ذریعہ سے پہنچ جاتی ہے جو شبی شرائین اور ریوی شریان کی چھوٹی شاخوں کے درمیان پائے جاتے ہیں۔ ایک اصابت میں ریوی مصراع بالکل سدود پایا گیا اور ریوی رقبہ پر کوئی انکماش خیر نہیں سائی دیتا تھا۔ مریض نہایت نیلا تھا۔ قلب معمول کے نسبت ذرا ہی سا بڑا تھا، کیوں کہ تمام خون اور طی کے اندر چلا جاتا تھا اور کوئی زائد از معمول مزاحمت نہ تھی (14- اصابت ۱)۔ اگر ریوی مصراع باوجود متضیق ہونے کے مفتوح ہو تو اور طی کے اندر کم خون جائے گا۔ دایا بطن بیش پروردہ اور مسع ہو سکتا ہے، اور ریوی رقبہ میں ایک انکماش خیر شاید ایک ذنبہ ہو گا۔ بعض اصابتوں میں یہ قصر دور ایک سو اخذ ارفاصل کے ذریعہ نہیں بلکہ ایک مفتوح سورخ بیضوی کے ذریعہ عمل میں آتا ہے۔ اگر ریوی مصراع طبعی حالت میں ہے تو مفتوح سورخ بیضوی یا مفتوح سورخ فاصل کوئی فعلی اہمیت نہیں رکھتا کیونکہ اس

صورت میں ایسی کوئی چیز نہ ہوگی جو خون کو معمولی طریقہ پر پھیپھڑوں کے اندر سے ہوا گزرنے میں مانع ہو۔ زیادہ سے زیادہ یہ ہوگا کہ تنھوڑا خون بائیں بطن میں سے دائیں میں چلا جائے اور اس طرح پھیپھڑوں میں سے دوسری بار سفر طے کرے۔ ایک مفتوح تنہا شریانی جو ریوی تھینق اور سوراخدار فاصل کے ہمراہ پائی جائے، غلوٹا شریانی خون کے پھیپھڑوں میں سے ہو کر گزرنے کے لئے ایک مزید راستہ مہیا کر دے گی۔ اگر وہ الگ موجود ہو تو اس کی کوئی فعلی اہمیت نہ ہوگی۔

**علامات۔** جب زراق موجود ہوتا ہے تو وہ چہرے کے اُبھرے ہوئے حصوں یعنی رتساروں، لبوں، ناک، اور کانوں میں، اور ہاتھ اور پاؤں کی انگلیوں میں نمایاں ہوتا ہے۔ خفیف امسابتوں میں وہ صرف اس سے زیادہ شوخ سرخی ہوتی ہے کہ جتنی طبعی سرخی ہوتی ہے۔ شدید ترین امسابتوں میں وہ تقریباً سیاہی کی حد تک ارغوانی ہوتی ہے، اور اگر کوئی زور لگایا جائے تو اس سے عروق کا پھولنا فی الفور زیادہ ہو کر ارغوانی رنگ زیادہ گہرا ہو جاتا ہے۔ اس مرض کے متعلق یہ ایک حیرت ناک واقعہ ہے کہ گوزراق انتہائی درجہ کا ہوتا ہے، بحالت سکون مریض کی سانس نہیں پھولتی۔ مزمن رکوداؤں میں حصوں کی ویازت پیدا کر دیتا ہے، اور ناک اور لب موٹے ہو جاتے ہیں اور ہاتھ اور پاؤں کی انگلیوں کے ٹخری سلامیات (ungual phalanges) اس سے بہت زیادہ موٹے ہو جاتے ہیں کہ جتنے انگلیوں کے بقیہ حصے ہوتے ہیں، یعنی وہ گرد شکل ہو جاتے ہیں (آگے ملاحظہ ہو)۔ خون میں سُرَجِ سیما کی وہ حیرت ناک زیادتی (کثرتِ خلیاتِ احمر) پائی جاتی ہے، جو زراق کی بہت سی قسموں میں پائی جاتی ہے۔ چنانچہ ان جسامت کی تعداد ۱۰۰۰۰۰۰ سے ۹۰۰۰۰۰۰ فی مکعب ملی میٹر پائی گئی ہے۔ اور ممکن ہے کہ ہیموگلوبن طبعی کی ۱۱۰ فی صدی سے لے کر ۱۶۰ تک پہنچ جائے۔ یہیں بعض اوقات دورانِ سرِ غشی، تشنجات اور بیہوشی میں مبتلا ہو جاتا ہے۔ چونکہ آسانی سے بھرطاری ہو جاتا ہے لہذا وہ زیادہ محنت کے ناقابل ہوتا ہے۔ نیز وہ بڑی اور مکشف کی خاص جس پذیریری رکھتا ہے اور نازلی التهابِ شبات کے حملوں میں آسانی مبتلا ہو جاتا ہے۔ آخری درجوں میں ٹانگوں کا اُذیم، استسقاءِ شکمی، بڑھا ہوا جگر، اور البیومن بولیت پائی جاتی ہے۔ یا مریض تبعی التهاب کا شکار ہو جاتا ہے۔ یا شش کا

تندرستی میں موت کا سبب ہوتا ہے۔

**طبعی الامارات** - نہایت عام طور پر ایک انکماش خریہ سستانی دیتا ہے جو پیدائشی ریوی ضیق میں ریوی رقبہ پر بلند ترین سستانی دیتا ہے لیکن وہ متعلقہ فضائوں پر بھی سستانی دے سکتا ہے۔ ممکن ہے کہ اس کے ساتھ ایک ذبذبہ بھی ہو۔ قلب کے دائیں جانب کے اتساع اور پیش پرورش کی وجہ سے اسمیت عظم القص کے دائیں جانب تک پھیل سکتی ہے۔ خالص ریوی ضیق میں نہایت نمایاں ہوتا ہے۔ اگر ضرورت حاصل کا سوراخ ہی ہے تو عظم القص کے تربیب تیسری دائیں فضا میں اتم عدت کا ایک انکماش خریہ ہوتا ہے جو باہر کے طرف منتقل ہوتا ہے اور اکثر ایک ذبذبہ بھی ہوتا ہے لیکن زراق نہیں ہوتا۔ مفتوح قناتہ شریانی اکثر ایک طویل خریہ پیدا کر دیتی ہے جو انکماش اور انبساط میں جاری رہتا ہے اور اپنی بلندی میں مدوجز ظاہر کرتا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ ۵۱۰ صفحہ ۲۲۰)۔

پیدائشی مرض قلب کی مختلف قسمیں لاشعاعی امتحان کرنے پر مخصوص و متمیز ظاہر پیش کرتی ہیں۔ مثلاً خالص ریوی ضیق میں جو نادر الوقوع ہے دائیں بطن کی پیش پرورش اور دائیں اُذین کے اتساع کے باعث قلب کی شکل میز ہوتی ہے (ملاحظہ ہو صفحہ ۱۲ ب) لیکن ہے کہ تسدد کے مقام سے آگے ریوی شریان کا اتساع ہو۔ اس کا سبب بالکل غیر واضح ہے لیکن یہ امتحانات بعدالمات میں کئی بار دیکھا گیا ہے۔ ریوی ضیق کے ساتھ فاصل کے سوراخ کے معمولی اجتماع میں قلب کی بائیں اور دائیں دونوں جانب بڑھی ہوئی ہو سکتی ہیں۔ لیکن اس کے برعکس ممکن ہے کہ جماعت قلب میں کوئی قابل شناخت تغیر نہ ہو۔

**انذار** - پیدائشی تشوہات ہمیشہ ناموافق ہوتے ہیں۔ شدید نقائص والے مریض صرف چند گھنٹوں یا دنوں تک زندہ رہتے ہیں۔ دوسرے جو خفیف تر درجہ کے ہوتے ہیں پانچ دس یا بیس سال تک زندہ رہتے ہیں۔ کبھی کبھی نہایت ناقص البطن والے اشخاص بھی ادھیڑ عمر کو پہنچ گئے ہیں۔ کسی وی ہوئی حالت میں انذار کا انحصار تشوہ کی نوعیت کے بجائے زیادہ تر قلبی کارکردگی کے ثبوت پر ہونا چاہیے۔

**علاج** - یہ مریض مرض قلب کے علاج سے ماثل ہے۔



## امراض نامور

(DISEASES OF THE PERICARDIUM)

### التهاب نامور

(pericarditis)

اسباب نامور کا التهاب ایک عام موی سرایت کا نتیجہ ہو سکتا ہے یا وہ مقامی خراش سے واقع ہو سکتا ہے یا قرب وجوار سے براہ راست پھیلنے والی سرایت سے واقع ہو سکتا ہے۔

پہلی جماعت کی اصابتوں میں حاد و ماتزم نہایت اکثر الوقوع سبب ہے لیکن مرض مذکور مرض برائٹ تیفی الدم، پیید و مویٹ (leukemia)، ٹنڈرن، انفلوئنزا، اور عام ریوی تفتی سرایت میں اور عفونت الدم اور تسمم الدم کی دوسری حالتوں میں بھی پیدا ہو جاتا ہے۔ اس کے مقامی اسباب یہ ہیں: کہنفہ کے اندر سرطان گریوں کی بالیدگی اس کے اندر پھوٹوں اور کیسیتی ڈویروں کا انشقاق، کسی منبع سرایت، مثلاً دبیلہ ذات الریہ کا قرب۔

مرضی تشریح۔ اگرچہ حاد و ماتزم کے دوران میں ہونے والے ناموری اہت کو ایک مثال تصور کریں تو ہمیں اس میں مندرجہ ذیل تغیرات ملتے ہیں:۔ ابتدائی مرحلہ میں مصلیٰ اپنی پکنی جلادار سطح کو کھوکھلا کر زیادہ عروقی بن جاتی ہے جس کی وجہ سے وہ عروقی، ایک باریک جال سے مشرب ہوتی ہے۔ اس کے بعد عروقی دمو یہ سے جسامتی عنانہ اور فائبرین کا ارتشاح ہونے کی وجہ سے لطف کے کچھ دورے نظر آتے ہیں اور نامور پرانی ایک کمل تہ بن جاتی ہے۔ ممکن ہے کہ بالآخر اس مصلیٰ کی یہ حالت ہو کہ دونوں مقابل سطحیں لطف کی پیا پیا ایچہ بازت کی ایک تہ سے جدا ہوں جو اتنی کافی نرم ہوتی ہے کہ جداری اور حشائی جھلیاں ایک دوسرے سے علیحدہ کی جاسکتی ہیں اور لطف کا قوام اکثر ہوتا ہے کہ ان سطحوں کی علیحدگی سے ایک عجیب و غریب شہد کے چستے بیبا یا جال دار لطف

باقی رہ جاتا ہے۔ عموماً رسی کے ساتھ کسی قدر مصل بن جاتا ہے، جو در رنگ کا، اور جیاتی عناصر کی وجہ سے گدلا ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ یہ بہت بڑی مقدار میں جمع ہو کر تاء مور کی دونوں تہوں کو ایک دوسرے اور بھی علیحدہ کر دے اور اس سے ممکن ہے لطف کے لیے پشیم دار زائد سے ایک سطح سے دوسری سطح تک بن جائیں۔ کچھ عرصہ کے بعد یہ سیال عموماً غائب ہو جاتا ہے اور لطف یا تو خود بخود جذب ہو جاتا ہے یا اس کا تسفی واقع ہو جاتا ہے اور وہ پتیلی کی جڑی اور حشائی تہوں کو کم و بیش مکمل طور پر باہم متحد کر دیتا ہے اور اس طرح منظم تاء مور کا سبب ہوتا ہے۔

دوسری سرانٹوں اور بالخصوص تنجی الدم اور عفونت الدم میں تاء مور کا سیال مافیہ مصل کے بجائے ریم ہوتا ہے اور اس طرح سرخی یا تنجی التهاب تاء مور (purulent or suppurative pericarditis) پیدا کر دیتا ہے۔ یہ اکثر عضلہ قلب کے خراج سے ثنائی طور پر ہوا کرتا ہے، جس کا اکثر لمبی مدتیوں کے حادثہ کے بعد پیدا ہونا معلوم ہے۔ بعض اوقات الہامی تلوین کے اندر کے نو ساختہ عروق پھٹ جاتے ہیں اور منشاءات یا زرف کی نسبت بڑی چکتیاں مصلی کی سطح کو ڈھانک دیتی ہیں اور اس طرح نونی التهاب تاء مور (haemorrhagic pericarditis) پیدا کر دیتی ہیں۔ اور کبھی کبھی اس نئی ساخت میں اور قلب کی سطح کو ڈھانکنے والی مصلی مصلی میں دونوں میں درلے بن جاتے ہیں۔ اسے قل ترفی التهاب تاء مور (tuberculous pericarditis) کہتے ہیں جو عمومی تدرن کا ایک جزو ہوا کرتا ہے۔

التهاب تاء مور کے دقیق عضویہ اس کے مبداء کے لحاظ سے مختلف ہوتے ہیں۔ علی الاکثر نقات سبب، نقات ریبیہ اور غصیات درنیہ پائے جاتے ہیں۔ پائٹنٹن (Poynton) اور پین (Paine) نے روماتزم کے التهاب تاء مور میں اپنے اپنے روماتزمی دو نقیات پائے۔

دوسرا خون پیراثر۔ کوہیم کے حیوانی تجربات ظاہر کرتے ہیں کہ دوران خون پر ہونے والے اثر کا انحصار تاج تاء مور کی اندر کے تاء پر ہوتا ہے۔ جب سیال کا اثر بہت آہستہ آہستہ کیا جائے تو دباؤ ایک مین نقطہ تک پہنچے پزشریانی دباؤ کم اور ویدی دباؤ زیادہ ہو جاتا ہے۔ یہ حیثیت ایک پپ کے یہ قلب کی ٹھنڈی ہونی کارکردگی کی علامت ہے۔

یعنی یہ کہ ہر ضرب کے ساتھ قلب کی برآمد کم ہو گئی ہے۔ تاء مور کے اندر دباؤ جس قدر زیادہ ہوگا، یہ برآمد اسی قدر کم ہوگی۔

طبیعی آمارات۔ چونکہ التهاب تاء مور اکثر، روماتزم جیسے، کسی ماری مرض کے دوران میں پیدا ہو جایا کرتا ہے، لہذا ممکن ہے کہ اس کے علامات ان امراض کے علامات سے بالکل پوشیدہ ہو جائیں کہ جن کے دوران میں التهاب تاء مور پیدا ہو گیا ہے اور اس کی موجودگی صرف اصوات قلب کے تغیر سے اور دوسرے طبیعی آمارات سے ظاہر ہو جو پیدا کر دیتا ہے۔ لیکن یہ عموماً مخصوص و متمیز ہوا کرتے ہیں۔ اولاً، نامور ری وگٹ موجود ہوتی ہے، جس کا بیان امتحان قلب کے تحت کیا گیا ہے۔ ممکن ہے کہ یہ ابتداءً نرم ہو، لیکن چند گھنٹوں کے بعد آواز بلند تر، کرخت تر اور درشت تر ہو جاتی ہے اور پھر پیش قلبی خطیر ہاتھ رکھنے سے یہ فرق اکثر محسوس کیا جاسکتا ہے۔

آرٹائڈ مور کے اندر مایع کا انصباب ہو جائے، جیسا کہ بارہا ہوا کرتا ہے، تو پیش قلبی اسمیت زیادہ ہو جاتی ہے۔ وہ اوپر کے طرف تیسری پبلی لے بالائی کنارے یا دوسری پبلی کے بالائی کنارے یا ترقہ ہڈی تک پھیل جاتی ہے۔ وہ دائیں طرف عظم القص سے اسی یازد آگے تک پھیل جاتی ہے۔ اور بائیں طرف ممکن ہے کہ وہ بزل کے اندر تک پہنچ جائے۔ یہ پیش قلبی اسمیت کم و بیش مثلثی شکل کی ہوتی ہے، اس طرح پر کہ اس کا چوڑا قاعہ و ڈائفرام پر ہوتا ہے، اور اس جو گول ہو جاتا ہے، عظم القص کے بالائی حصے اور بائیں بالائی بین الاضلاع قضاؤں میں۔

جوں جوں یہ سیال بڑھتا جاتا ہے، صدم القلب منتشر ہو جاتا ہے۔ یہاں التهاب تاء مور اور ذات الجنب کے درمیان ایک اہم فرق کا ذکر کرنا ضروری ہے اور وہ یہ ہے کہ فرق کی آواز کے وقوع پر مایع کے انصباب کا اثر ان دونوں حالتوں میں مختلف ہوتا ہے۔ ذات الجنب میں جس وقت مایع کا انصباب ہوتا ہے ذات الجنبی فرق کی آواز غائب ہو جاتی ہے۔ التهاب تاء مور میں فرق کی آواز عموماً دوران مرض میں از ابتدا سنا انتہا قائم رہتی ہے، بلکہ تھیلی کے انتہائی تمدد کے زمانہ میں اور مایع کے مابعد انجذاب کے دوران میں بھی۔ یہ غالباً اس وجہ سے ہوتا ہے کہ سیال بالخصوص قلب کے پیچھے جمع ہو جاتا ہے۔ (کیونکہ مرض پشت کے بل لیٹا رہتا ہے) اور سامنے کی طرف تاء مور کی دونوں سطحیں

ایک دوسرے سے رگڑتی رہتی ہیں۔

تار موری انصباب اکثر بائیں شش کے قاعدہ کو مضبوط کر دیتا ہے جس سے قریع کرنے پر ایک اسم آواز اور استماع کرنے پر ششی تنفس پایا جاتا ہے۔

التهاب تار مور کا ایک دوسرا نتیجہ بعض اصابتوں میں ڈانفرام کے فعل کا امتناع ہوتا ہے۔ یا تو شکی تنفس کے حرکات موقوف ہو جاتے ہیں یا دوران شش میں متور مکی پس روی ہو جاتی ہے جس میں بالائی شکی اختار اور قلب کی اوپر کی طرف حرکت اور پیسیپھروں کے قاعدل کا مہبوط واقع ہوتا ہے اور مکن ہے کہ معدے اور قولون کا تمدد واقع ہو جائے۔

علامات - مقامی علامات جو التهاب تار مور اور تار موری انصباب کے ساتھ ہونے ہو سکتے ہیں، یہ ہیں: درد، پیش قلبہ کے مقام پر گھبراہٹ یا تکلیف اس خط پر دبانے سے اہمیت، سانس کا پھول جانا، معہ غیر عمیق تنفس اور مختصر روکھی کھانسی کے۔ مکن ہو کہ نبض ابتداً زیادہ متاثر نہ ہو لیکن وہ جلد ہی تیز تر ہو جانے کا رجحان رکھتی ہے۔ مکن ہے کہ روماتزم جیسے حائی مرض کے دوران میں واقع ہونے والا التهاب تار مور سابق الوجود تپ میں کوئی معتد بہ اضافہ نہ کرے لیکن کبھی کبھی شس کے سرخ حملہ کے ساتھ شدید ارتفاع تپش ہو جاتا ہے، مثلاً ۱۰۵ درجہ یا ۹۰-۱۰۰ درجہ تک۔ اور دوسری اصابتوں میں مکن ہے کہ اس کے ساتھ تپ کی معمولی حالتیں ہوں جیسے کہ عدم اشتہا، خشک زبان، تشنگی اور قلیل المقدار بول۔

خراب ترین اصابتوں میں قلبی ضعف زیادہ ہو جاتا ہے، نبض غیر منتظم اور زرفنی ہو جاتی ہے، یا مکن ہے کہ وہ نبض متناقض (pulsus paradoxus) (ملاحظہ ہو صفحہ 226) کی شکل اختیار کر لے، پیش قلبی درد شدید ہوتا ہے، اور چہرہ اترا ہوا اور پیکا ہوا ہو جاتا ہے۔ اور مریض اولی طور پر فشل قلب سے مر جاتا ہے جس کے ساتھ کبھی کبھی تشنجات ہوتے ہیں اور کبھی کبھی کوما۔ لیکن مٹ لوں کی غالب تعداد میں علامات بتدریج رفع ہو جاتے ہیں۔ اہمیت کم ہو جاتی ہے لیکن رگڑا کر آخری درجہ تک قائم رہتی ہے۔ التهاب تار مور کے تغیرات بسرعت واقع ہوتے ہیں مکن ہے کہ انصباب دویا تین ہی دن کے اندر درجہ کمال کو پہنچ جائے اور مزید تین یا چار دنوں میں تخفیف کا

عل خوب جاری ہو جائے۔

قیحی، تدرنی، اور نرخی التهابات تار مور اپنے علامات اور طبیعی امارات میں الگ مختلف نہیں۔

معمولی حالات میں اس میں کوئی مشکلات نہیں پیش آتے، اور ذرک کی دہری یا سہ گونہ از نہایت تیز ہوتی ہے۔ تار موری انصباب کی تشخیص ہمیشہ آسان نہیں ہوتی، کیونکہ ایک قس قلب سے اس کی مماثلت پیدا ہو سکتی ہے جو کہ اسی کثیفی زہر سے پیدا ہو سکتا ہے کہ جس نے التهاب تار مور پیدا کر دیا ہے۔ انصباب کی تشخیص میں جب ذیل امارات سے تائید مل جاتی ہے :- احمیت کا بائیں طرف صدرم السلب سے باہر تک اور اوپر کے طرف دوسری پسلی یا اس سے بھی اوپر تک پھیل جانا، اور بائیں قاعدے پر ہچکاؤ کے امارات۔ ممکن ہے کہ رائجی شعاعیں قلب اور تار مور کے سایہ کو باہر شیک بائیں منسلکی دیو، تنک، اور اوپر پہلی فضا کے اندر، اور دھننے طرف بھٹنی تنک ظاہر کریں، جس کے ساتھ نبضان برائے نام یا بالکل نہوا اور ایک بڑے انصباب کی حالت میں بعض اوقات قلب کا سایہ ایک نسبتہ بگنے سایہ کے حلقہ کے اندر دکھلائی دیتا ہے جو تنہا چھوٹے ہوئے تار مور کی وجہ سے ہوتا ہے۔

انذار۔ التهاب تار مور یہ حیثیت مجموعی فوری طور پر ہلک مرض نہیں۔ ممکن ہے کہ وہ اتنا خفیف ہو کہ اتوار علمی امتحان کے دوران میں یہ صرف مصلح الصد سے شناخت ہو اور ریشیتی تب میں واقع ہونے والی اماتوں کے بڑے تناسب میں یہ التهاب رفع ہو جاتا ہے۔ تار موری تہوں کا انضمام جو اکثر پیدا ہو جاتا ہے، بذاتہ ایک خطرہ بن سکتا ہے۔ اس کے برعکس، ان ”لبنی نقطوں“ کے عام ہونے سے جو امتحانات بعد المات میں قلب کی سطح پر پائے جاتے ہیں، اس امکان کا اشارہ ہوتا ہے کہ التهاب تار مور کے خفیف حملے اکثر اوقات ہو کر پورے طور پر رفع ہو جاتے ہیں۔ لبنی نقطہ اکثر محض ذرک کا نتیجہ سمجھے جاتے ہیں۔ لیکن یہ سمجھنا مشکل ہے کہ آخر الذکر بلا کسی درجہ التهاب کے کیونکر واقع ہو سکتا ہے۔ ممکن ہے کہ بعض نقا کو فستکی (bruising) کا نتیجہ ہوں جو ضرب سے پیدا ہو جاتی ہے۔ مرض برائت میں اور دوسری مزمن شخصی حالتوں کے تلامذ میں بیماری کے اختتام کے قریب اکثر التهاب تار مور واقع ہو جاتا ہے، اور پھر یہ موت واقع

کرنے والا ضرر معلوم ہوتا ہے۔ لیکن ایسے حالات میں بھی اس کے طبیسی امادات موت سے پہلے بالکل غائب ہو سکتے ہیں یا اگر وہ باقی رہتے ہیں تو بھی اس سے ہلک نتیجے کے وقوع کا اسراع ہوتا نہیں معلوم ہوتا۔ یقینی تھا، موری التهاب میں خطرناک انداز بتانا چاہئے، اور ات الریہ یا دبیلہ کے دوران میں یقینی ریوی التهاب تاء مور کا وقوع عموماً ہلک ہوتا ہے، لیکن سٹریف۔ ٹیلر (Sir F. Taylor) کو ایک ایسے مریض کا ہم تھا جس میں دو ہرے دبیلہ کے ساتھ التهاب تاء مور تھا اور وہ مریض شفا یاب ہو گیا۔ حادثہ میں التهاب تاء مور دروں قلب اور عضلہ قلب دونوں کے کیس قدر التهاب کے ہمراہ پایا جاتا ہے اور ان کو پوشیدہ کرتا ہے، اور ان دونوں کے خراب اثرات بعد میں نمایاں ہو جاتے ہیں۔

علاج۔ التهاب تاء مور کا علاج زیادہ تر تخفیف کن (palliative) ہوتا ہے۔ دوسرے حادثات کی طرح اس کا تدارک بھی مریض کو بستر میں لٹاے ہوئے یا آدمی لیٹی ہوئی وضع میں رکھ کر کامل آرام و سکون کے ذریعہ سے کرنا چاہئے۔ نیز اسے مغذی زود ہضم غذا دی جائے اور اسے بولنے چلنے اور جوش و خروش سے محترز رکھا جائے۔ رتھمی تپ کی حالت میں ابتدائی مرض کے علاج میں غالباً ان حالات کو پہلے ہی ملحوظ رکھا گیا ہوگا۔ نہایت شدید درد کے لئے پیش قلب پر چٹھ یا آٹھ جوئیں لگا دی جائیں۔ پیش قلب پر نرم روئی کی ایک تہ یا کٹی ہوئی اسی کی گرم پولٹس، یا انٹی فلاجین (antiphlogistine) یا تھرموجن وول (thermogen wool) لگا دی جائے۔ اگر ضرورت ہو تو مارفیا دیا جائے۔ اگر وہ الین خون شل پذیر ہو یا اگر قلب غیر منتظم ہو جائے تو ڈیجیٹالس کے مہینے کی تھوڑی معتادیں برانڈی یا ایمونیا کے ساتھ بار بار دینا چاہئیں۔ روماتزمی انقباض بہت شاذ و نادر ہی امتصاص کی ضرورت لاحق کرتا ہے، لیکن اس وقت جبکہ ریم کی موجودگی کا امکان اس پر غور کرنا ضروری ہے۔ ڈاکٹر ڈی۔ سی۔ ٹیلر (D. C. Taylor) نے لیوسس ہام (Lewisham) شفا خانہ میں تجربہ حاصل کیا ہے اس کی بنا پر وہ سفارش کرتا ہے کہ جلد اور زیر افتادہ بافتوں کو ۲ فی صدی نو وکین کے ذریعہ عدیم الحس کرنے کے بعد ایک باریک سنی کو پیچھے کی طرف اور نیچے کی طرف، چھٹی بین ضلعی فضا میں اعظم انقباض کے بائیں طرف، (تاکہ اندرونی پستانی تریان پھی رہے) یہاں تک گھسانا چاہئے کہ ڈایا فرام تک پہنچ جائیں جس کے متعلق یقین حاصل کرنا جو تو مریض کو ایک گہرا سانس لینے کے لئے کہنا چاہئے۔ سوئی کو فدا

واپس کیمنیج کر دو بارہ سیدھا پیچھے کو سطح سے ایک انچ کی گہرائی تک گھسانا چاہئے۔ پھر کمر کو ۲۰۰۰ : ۱۰ فلیو ان کے ۲۰ مکعب سمرتہ کی مرتبہ ۱۰ صویا جاتا ہے اور امتصاص کو ہر تیسرے روز بار بار عمل میں لایا جاتا ہے یا ایک سہی کا جزوی استعمال کر دیا جاتا ہے۔

## رہیتی مبداء کا تاء مور منضم

(adherent pericardium of rheumatic origin)

مرضی تشریح۔ اس کا تذکرہ پہلے ہی کیا گیا ہے کہ یہ حالت روماتزمی الہتبا تاء مور کی وجہ سے پیدا ہو جاتی ہے۔ دونوں سطحوں کے انضمام کا درجہ مختلف اصابتوں میں مختلف ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ نصف چند ہی رشتہ ہوں جو سطح قلب سے جداری تاء مور تک جاتے ہوں یا ممکن ہے کہ تاء مور کی تاجہ کا قلب کی سطح سے کامل انضمام ہو اور ہر درمیانی حالت کا ہونا ممکن ہے۔ جب کامل انضمام ہو تو دونوں سطحوں کو جوڑنے والی بافت نض ایک پتلی سی نہ ہوتی ہے۔ یا وہ ایک کثیف سخت یعنی کم و بیش عروقی غلاف ہوتا ہے جس کی دبازت  $\frac{1}{4}$  انچ بلکہ  $\frac{1}{2}$  انچ بھی ہوتی ہے۔ قلب کی میش پرورش یا اس کا اتساع عام طور پر موجود ہوتا ہے کیونکہ بطن کا عضلی جرم بھی عضلہ قلب کے ایسے الہتباب کے وقوع سے متضرر ہو گیا ہے جو الہتباب تاء مور کے ساتھ ہوا ہے۔ عام طور پر مطرانی ضیق موجود ہوتی ہے۔ بعض اصابتوں میں زہر تاء مور کی تاجہ کا انضمام ہو جاتا ہے بلکہ اس کی بیرونی سطح بھی گرد و پیش کے پلورا اور غظم القص سے مضبوطی کے ساتھ ثبت ہو جاتی ہے۔ فی الحقیقت واسطی بافتیں باہم چپک کر ایک کثیف یعنی بافت بنا دیتی ہیں (یعنی الہتباب واسط = mediastinitis fibrosa)۔

علامات اور طبیعی امارات۔ درد قلب اختلاج اور بھر نمایاں ہوتی ہیں۔ خود انضمام کی موجودگی ظاہر کرنے کے لئے طبیعی امارات پر اعتماد نہیں کیا جاسکتا۔ لیکن جب وسیع بیرونی انضمام بھی موجود ہوں تو مندرجہ ذیل میں سے ایک یا زائد طبیعی امارات شناخت ہو سکتے ہیں :- (۱) اس قلب سے متناظر مقام پر انکماش باز کشیدگی۔ (۲) غظم القص کے زیریں سرے کی انکماش باز کشیدگی۔ (۳) غظم القص سے بائیں جانب قسری چوکتی اور پانچویں بین الاضلاع فضاؤں کی انکماش باز کشیدگی۔ (۴) بائیں سینے کے

پہلو یا پشت پر نیچے کی پسیوں کی انکماش باز کشیدگی (امارت برڈمینٹ = Broadbent's sign)۔ سب زیادہ اعتماد کے قابل نہیں۔ بین الاضلاع فضاؤں کی انکماش باز کشیدگی تو مرکز منقسم تادمور کے لئے مخصوص و میز نہیں۔ مطرائی ضیق جو کہ عام طور پر اس کے ساتھ متلائم ہوتی ہے باحتیاط تلاش کرنی چاہئے۔ موت فشل قلب اور وسیع اذیمائے واقع ہوتی ہے۔

لاشاعوں سے بھی منقسم تادمور کی قیمتی دلائل حاصل ہو سکتی ہیں۔ وہ یہ ہیں کہ گہری سانس لینے پر یا ایک جانب کو بھٹکنے پر قلب کی طبعی حرکت اور شکل میں تبدیلیاں اور سانس لینے پر ڈائفرام کے مرکزی حصے کی حرکت میں تغیرات ہو جاتے ہیں جس کا سبب یہ ہوتا ہے کہ تادمور اور واسطہ کے درمیان انفومات موجود ہوتے ہیں۔

تادموری انفومات کے انداز اور علاج پر بالخصوص انفال قلب کے ان تغیرات کے لحاظ سے غور کرنا چاہئے جو ان انفومات کی وجہ سے پیدا ہو جاتے ہیں (ملاحظہ ہوں صفحات 275، 276)۔ علاج وہی ہے جو کہ عام مرض قلب کے لئے کیا جاتا ہے۔

## مرض تضیقی التهاب تادمور

پلٹ (Pick) کا مرض

یہ مرض جس کا پہلے پلٹ (Lower) (۱۸۶۹ء) چیررز (Chevers) (۱۸۷۲ء) و لکڑ (Wilks) (۱۸۸۰ء) اور پلٹ (Pick) (۱۸۹۶ء) نے تذکرہ کیا حال ہی میں دوبارہ منصفہ شہود پر لایا گیا ہے (73)۔

بحث اسباب۔ تمدن، ذات الریہ معد ذات الجنب یا التهاب تادمور اور عفونت اس کا سبب ہو سکتے ہیں۔ لیکن اس کا سبب اکثر اوقات غیر معلوم رہتا ہے کیونکہ اس کا آغاز غیر محسوس طور پر ہوتا ہے۔ ممکن ہے حادث التهاب تادمور کی سرگزشت موجود ہو لیکن حادث روماتزم کی سرگزشت نہیں پائی جاتی۔

مرضی تشریح۔ جدار تادمور کی مرض لینی دبازت واقع ہوتی ہے اور با اوتفا تفسر، سیال کی جیبیں، تاجہ کا انطاس اور بیرونی تادموری انفومات موجود ہوتے ہیں۔ چونکہ تضیق کی وجہ سے قلب دوران انبساط میں بھر نہیں سکتا لہذا ایک "ڈکوڈر آفسد" ("inflow stasis") پیدا ہو جاتا ہے اور استسقاء شکی اور اس کے ساتھ ایک برزہ



(frosted) ”سمری کی ڈلی“ جیسا جگر یا طحال اور پھیپھڑی انصباب پیدا ہو جاتا ہے۔ قلب بجائے خود تندرست ہوتا ہے۔

علامات۔ اس کا آغاز غیر محسوس طور پر ہوتا ہے۔ بہر اشتقاقی شکلی ایک کلانی یافتہ لیکن غیر الیم اور غیر نابض جگر، وداجی وریدوں کا احتقان، نبض متعاض (pulsus paradoxus) نسبت فشار خون اور بعض اوقات ٹانگوں کا اذیم اور پھیپھڑی انصباب پائے جاتے ہیں۔ قلب کی جماعت طبعی یا کیفیت بڑھی ہوئی ہوتی ہے۔ براڈ بینٹ (Broadbent) کی امارت موجود نہیں ہوتی۔ برقی قلب نگاشت پست وولٹیج (voltage) کی ہوتی ہے اور تقوید ۱ اور ۲ میں ن۔ امواج چوٹی یا مٹکس پائی جاتی ہیں۔ اور گاہے اذینی ریشکی انقباض موجود ہوتا ہے۔ مصلی پروٹینس کم ہوتی ہیں۔ تشخیص۔ میٹرانی منیق خواہ اس کے ساتھ منقسم تادموری ہو یا نہ ہو، خیرات کے لئے محتاط استیذان کر کے تشخیص کی جاتی ہے۔ التهابی امی اغشیہ مصلیہ (polyserositis) ایک مختلف مرض ہے۔ بابی کبست (portal cirrhosis) اور تغذیاتی اذیم (nutritional oedema) کو مغفرت کرنا چاہئے۔

انذار۔ یہ مرض مزمن ہوتا ہے، گو کہ بعض اوقات اس کے ساتھ فترات پائے جاتے ہیں۔ مکن ہے یہ ایک سرعہ ممر اختیار کرے یا کئی سال تک قائم رہے۔ علیہ کے بعد ۱۰ مریضوں میں ۶ مریض شغایاب ہو چکے ہیں، ایک دوسرے مریض کو افاقہ ہو گیا۔ علاج۔ تادموری جزوی استیصال کا علیہ جو کہ ڈیلارم (Delorme) کے نام سے موسوم ہے، واحد شافی علاج ہے۔

## تادموری اجتماع آب

(hydropericardium)

یہ اصطلاح تادموری تاجہ کے اندر مصل کی زیادتی کے لئے استعمال کی جاتی ہے، او عموماً اشتقاقی کے انفعالی افراد کو ان التهابی انصبابات سے تمیز کرنے کے لئے کام میں لائی جاتی ہے جو پہلے التهاب تادموری کے تحت بیان کئے جا چکے ہیں۔ قدرتی طور پر تادموری کے اندر مصل کی نہایت معمولی مقدار موجود ہوتی ہے، اور کسی سبب سے موت واقع ہو جانے

کے بعد اس کے اندر پھیکے زرد رنگ کے سیال کے چند ڈرام ملنا عام ہے۔ مصلیٰ انصبابات کے اسباب، التهاب کے علاوہ وہی ہیں جو استسقاءِ عمومی کے ہوتے ہیں، مثلاً مرضِ برٹ، اور تادمور کے وریدی دورانِ خون میں ایسی مقامی مداخلت جیسی کہ خود قلب کا معرعی مرض، شش کا مزمن مرض، اور ن وریدوں پر جوتاہوری سطحوں سے خون واپس لیماتی ہیں سلعات کا دباؤ۔ تاچہ کے اندر کا مایع دوسرے مصلیٰ کہفوں کے استسقاءیٰ انصباب کے مایع سے مشابہ ہوتا ہے، اور وہ پھیکے زرد رنگ کا، یا لونِ دسوی مادہ کے ارتشاح کی وجہ سے کم و بیش گلابی رنگ کا ہوتا ہے، اور ساتھ ہی اس میں خابری فوجن اور اتام ۳ فی صدی البیومین موجود ہوتا ہے۔

تامدوری اجتماعِ آب کے طبیعی امارات وہی ہیں جو التهابِ تادمور میں انصباب کے ہوتے ہیں۔ عموماً کسی خاص علاج کی جوتاہمور سے متعلق ہو اس وقت ضرورت نہیں ہوتی جب کہ یہ حالت استسقاءِ عمومی کا ایک جزو ہو، یا جہاں یہ دورانِ خون میں مقامی مداخلت کا نتیجہ ہو۔ استسقاءِ عمومی یا مصرعی مرض کا تدارک کرنا چاہئے۔ شاذ اصابوں میں انصاف اس قدر سریع الوقوع یا دفر ہوتا ہے کہ تادمور کے بزل کی ضرورت لاحق ہوتی ہے۔

293

## تامدوری ہوائی اجتماعِ آب

(pneumo-hydropericardium)

اس کے یہ معنی ہیں، تادمور کے اندر گیس اور مایع دونوں کا موجود ہونا۔ مایع کے ساتھ گیس ہونا مندرجہ ذیل کا نتیجہ ہو سکتا ہے (۱) گیس گنگرین (gas gangrene) ہو (۲) ہوا مشمول رکھنے والے کہفوں کے ساتھ تادموری تاچہ کا ارتباط۔ یہ ارتباط ضربی ہو سکتا ہے، جیسا کہ ایک شعبہ باز کی حالت میں ہوا کہ اس نے ایک کندہ لہر کو نکلنے کی کوشش میں مری میں سے تادمور کو چھید دیا، یا جیسا کہ فلنٹ (Flint) کی درج کردہ اصاف میں ہوا کہ جس میں پلیٹور کے آر پار ہول لگ کر تادمور میں چھید ہو گیا، اور تادموری بزل کے علیہ کے بعد ہوا ہے۔ یا ممکن ہے کہ یہ ارتباط مرض کی وجہ سے قائم ہو جائے۔ اور ایسی اصافیں بھی مندرج ہوئی ہیں جن میں مری کا سرطان متفرج ہو کر تادمور کے اندر پہنچ گیا، سل ریوی کا ایک کہفہ تادمور کے اندر کھل پڑا، اور خراجِ جگر ایک ہی وقت میں تادمور کو

معدہ دونوں کے ساتھ ارتباط رکھتا تھا۔ تادمور کے اندر تنہا گیس کبھی نہیں دیکھی جاسکتی کیونکہ اس کے باہر سے داخل ہونے کے تقریباً فی الفور بعد تادمور کا التهاب معدہ باج انقباض کے پیدا ہو جاتا ہے۔

تادموری جو انی اجتماع آب کے طبعی امارات یہ ہوتے ہیں :- قرح کرنے پر پیش قلبی رقبہ پر گمگ، اور حرکات قلب کے ساتھ چھٹکنے بلوینے، یا تفرغ کی ہم زماں آوازیں

## تادموری اجتماع الدم

(hæmopericardium)

نام نہاد تادموری نزفی التهاب میں نوساختہ عروق کے پھٹنے سے تادمور کے اندر خفیف درجہ کا انصباب خون واقع ہوتا ہے۔ لیکن نسبت بڑی مقداروں میں خون کا انصباب جب یہ براہ است ضرب کی وجہ سے نہ تو عضلہ قلب کے انشقاق، یا ایک انورسانی تاجہ کے انشقاق یا سرطانی بالید میں کے عروق کے انشقاق سے پیدا ہو جاتا ہے۔ اسکروی اور اس سے ملتی ہوئی حالتیں بھی تادموری نزف پیدا کر سکتی ہیں۔

علامات :- جب تادمور کے اندر خون کا انصباب دفعۃً واقع ہو جاتا ہے تو مریض پر سینہ میں کم و بیش ضیق، شحوب، غشیان، بے ہوشی اور موت کیلے بعد دیگرے جلد طاری ہو جاتے ہیں۔ یا ممکن ہے کہ مہلک خاتمہ سے پہلے جو بیس یا پچیس گھنٹے تک وہ شحوب، ضعیف نبض، اور انتصابی تنفس کی حالت میں رہے۔ اور اغلب معلوم ہوتا ہے کہ نزف اور بھی کم درجہ کا ہو تو ممکن ہے کہ موت کے وقوع میں اور بھی التواء ہو جائے، اور التهاب تادمور پیدا ہو جائے جو کہ مریض کا مہلک خاتمہ کرنے میں حصہ لیتا ہے۔ وائش (Walsh) ایسی اصابتوں کا تذکرہ کرتا ہے جن میں شفا حاصل ہو گئی، مگر یہ غالباً اسکروی کی نوعیت کی تھیں، یا بہر حال انور سماؤں کے یا خود قلب کے انشقاق پر منحصر تھیں۔

طبعی امارات وہی ہوتی ہیں جو ایک بڑے تادموری انصباب کی ہوتی ہیں اور ساتھ ہی وسیع پیش قلبی اصیت، اور قلب کی آوازیں کی کمزوری یا غیر موجودگی ہوتی ہے۔ تشخیص میں انور ساکی مابقی موجودگی، یا ذبحہ صدریہ کے عملوں کے علم سے مدد ملے گی۔

علاج - کامل آرام و سکون اور ہوشمندی کے ساتھ مہتجات کے استعمال سے ہی کچھ موقع مل سکتا ہے۔

## ذبحہ صدریہ

(ANGINA PECTORIS)

اس نام سے عموماً عظم القصد کے نیچے کے اس شدید و کو یاد کیا جاتا ہے جو قلب یا اور طلی میں پیدا ہوتا ہے، نہایت دفعۃً شروع ہو کر رہتا ہے اور کبھی کبھی ہلک ثابت ہوتا ہے۔ اس شدید درد میں اور قلب میں پیدا ہونے والے اُن خفیف ترددوں میں جنہیں بعض اوقات ”ذبحہ صغیر“ (”angina minor“) یا اس سے بھی بہتر محض ”درد قلب“ کے نام سے خطاب کرتے ہیں غالباً کوئی بنیادی فرق نہیں ہے۔

اسباب - یہ طفلی میں ہو سکتا ہے، لیکن تیس سال کی عمر سے پہلے عموماً نہیں ہوتا، عمر کے ہر سال کے ساتھ اس کا وقوع بڑھتا جاتا ہے اور پچاس اور پچھتر سال کی عمر کے درمیان یہ نہایت عام ہوتا ہے۔ یہ عورتوں کے نسبت مردوں میں ایک اور چار کے تناسب میں زیادہ کثیر الوقوع ہے۔ اس پر توارث بھی اثر رکھتا ہے۔ یہ اور طلی میں عام اور مطرائی ضیق میں شاذ ہے۔ بعض اوقات تمباکو بھی اس کا سبب ہوتا ہے۔ ماسکی عفونت، بالخصوص جو مراءہ میں یا دانتوں کے راسوں پر ہو، ایک دوسرا عامل ہے۔ فوری محرک اسباب یہ ہیں: - (۱) جسمانی ورزش، بالخصوص پہاڑیوں پر چڑھنا یا ہوا کی لہجہ سمت میں چلنا اور زمانہ بعد میں خفیف ترین قسم کی مشقت - (۲) زیادہ کھانا کھانا۔ زیادہ اکثر یہ دونوں عاملات مجموعی طور پر کار فرما ہوتے ہیں۔ (۳) جذباتی بیجان خواہ یہ پستی پیدا کرنے والا ہو یا انتعاش آفریں ہو اور دماغی بار - اور (۴) سردی میں کثافت آخر الذکر اہم ہے، کیونکہ ممکن ہے کہ رات کے وقت کسی سرد کمرے میں لباس اتارنے سے بہتر میں اس کا حملہ ہو جائے۔ بعض اوقات اس کا حملہ دوران خواب میں شروع ہو جاتا ہے۔

امراضیات - جب اس کے حملے میں موت واقع ہو گئی ہو تو قلب عموماً مرتخی اور اس کے کہنے خون سے پُر پائے گئے ہیں۔ املاہوں کی غالب تعداد میں قلب کا یا اور طلی

کوئی مرض پایا گیا ہے، جو کہ بیشتر اقسام ذیل کا تھا۔ عضلہ قلب کا التهاب۔ عضلہ قلب کا کوئی، شحمی یا لیفی انحطاط۔ آتشکی التهاب اور طی کا اتحیر و نایا اتساع۔ اور طی معمران کا اتحیر و نایا سکلر یا سکلرن۔ اکیلی شریان میں شریانی صلابت (arterio-sclerosis) یا کلسی ہماؤ یا ان کا انفلاس وروں شریانی التهاب یا مقلیت سے۔ اکیلی سداویت جلد ہی موت واقع کر سکتی ہے، جو کہ شدید ترین ذبحی علامات کے ساتھ ہوتی ہے۔ ذبحہ صدریہ کے سبب سے واقع ہونے والی موت کی بعض مثالوں میں عضلہ قلب اور اکیلی شریان بالکل تندرست پائے گئے ہیں۔

میکنزئی (Mackenzie) کی رائے ہے کہ ذبحہ کا انحصار عضلہ قلب پر ہوتا ہے (29)۔ اس ضمن میں یہ نوٹ کرنا چاہئے کہ مطرائی ضیق کا معمولی درجہ جو بائیں آذین میں پیدا ہوتا ہے، سینہ کے بائیں جانب واقع ہوتا ہے، ایک ایسے بند میں جو بطنی سے لیکر غضروف حنجری سے نیچے تک پھیلتا ہے۔ اس رقبہ کی جلد کے حتی اعصاب شمع کے جھٹے اور ساتویں ظہری فلقات تک جاتے ہیں۔ اس کے برعکس وہ درجہ جو بطن اور اور طی میں پیدا ہوتا ہے، سینہ میں نسبتاً اوپر محسوس ہوتا ہے، ایک ایسے رقبہ پر جو نسبتاً بلند تر ظہری فلقات سے متناظر ہوتا ہے، کیونکہ جنینی قلبی نالی میں بطنی حصہ آذینی سے نسبتاً مقدم واقع ہوتا ہے اور بعد میں آگے کو خمیدہ ہو کر نیچے آجاتا ہے (30)۔ یہ نظریہ کہ ذبحی درد بطن سے پیدا ہوتا ہے، اب عام طور پر تسلیم کیا جاتا ہے۔ تندرست عضلہ قلب سے بعض اوقات درد کا پیدا ہو جانا، اس سے زیادہ مشکل نہیں ہے کہ جتنا بوابی ضیق (pyloric stenosis) کی صورت میں تندرست معدی عضلہ سے اکثر درد کا پیدا ہو جانا۔ درد قلب آکسیجن کی عدم موجودگی میں عضلہ قلب کے سخت کام کرنے کی وجہ سے پیدا ہوتا ہے، اور یہ ماننا قرین عقل معلوم ہوتا ہے کہ اس کے عضلی ریشوں کو اتنا کافی تندرست ہونا چاہئے کہ وہ درد کو پیدا کر سکیں۔ انھیں سخت کام کرنے کے قابل ہونا چاہئے۔ تندرست گمران تربیت یافتہ اشخاص کو جو سخت انقباض و رد و فت بال کے سخت کمیل میں محسوس ہوتا ہے، وہ بھی مائل مبدا کا ہوتا ہے۔ لینی قلب (fibroid heart) کے ساتھ ذبحہ اس درجہ سے واقع ہو سکتا ہے کہ عضلی ریشے تندرست ہونے کے باوجود تعداد میں بہت گھٹ جاتے ہیں اور ان کی جگہ لینی بافت لے لیتی ہے بعض اوقات

ذبحہ واقع ہوتا ہے لیکن زور لگانے پر سانس بالکل نہیں پھولتی، اس کی وجہ یہ ہے کہ عضلہ قلب باوجودیکہ اس پر معمول سے زائد کام پڑ گیا ہے، اب بھی دوران خون کو قائم رکھتا ہے۔ ممکن ہے کہ جب دوران خون کا فضل ہو جائے تو ذبحہ غائب ہو جائے، اور جب علاج سے دوران خون پھر قائم ہو جائے تو ذبحہ پھر پیدا ہو جائے۔ تاہم عام ترین حالت بلاشبہ یہ ہوتی ہے کہ زور لگانے کے بعد درد اور سانس کا پھولنا دونوں بیک وقت پیدا ہوتے ہیں۔ اس تجرباتی درد کی تمثیل کی بنا پر جو کہ دوران خون بند ہونے کے بعد عضلہ ورزش کرنے پر لمبی جارحہ میں پیدا ہو جاتا ہے (ملاحظہ ہو متوقف عرجان = intermittant claudication) یہ رائے پیش کی گئی ہے کہ ذبحہ شریانی شنج سے پیدا ہوتا ہے، جو کہ بافت میں ایک پ (P-substance) آزاد کر دیتا ہے۔ یہ پ مادہ ایسا مستمر درجہ ضربات قلب کے ساتھ متغیر نہیں ہوتا پیدا کرتا ہے۔ شاید پ مادہ پست سالمی وزن والے غیر مکمل طور پر آکسیجن یافتہ حاصلات تحول (metabolites) ہوتے ہیں جو کہ ولوجی دباؤ پیدا کر کے عمل کرتے ہیں اور اس وقت جب کہ آکسیجینی رسید عود کرتی ہے مکمل طور پر آکسیجن یافتہ ہو کر غائب ہو جاتے ہیں۔

آمال نائٹرائٹ (amyl nitrite) جو شدید ترین قسم کے (یعنی انعام کی وجہ سے ہونے والے) درد کے سوائے باقی سب طرح کے درد کو چند ہی سیکنڈز میں تسکین دے دیتا ہے، اکیلی شریانوں کا اتساع کر کے ضل کرتا ہے اور بعض مریضوں میں برقی قلبی ترسیم کو تبدیل کر دیتا ہے اور ن۔ موج کو انتصابی کر دیتا ہے (28)۔ وہ شرح نبض کو بھی بڑھاتا ہے، اور گوہ محیطی عروق کا اتساع اور ساتھ ہی چہرہ کی نمایاں تمسہٹ (flushing) پیدا کر دیتا ہے تاہم تسکین کا سبب یہ نہیں ہو سکتا، کیونکہ اکثر ایسا ہوتا ہے کہ خون کا دباؤ کم ہونے سے پہلے ہی تسکین محسوس ہونے لگتی ہے۔ آمال نائٹرائٹ سے ایک ایسے مریض میں بھی تسکین محسوس ہوئی جس کو مطرانی نیتق اور بازو کے ساتھ جھٹنی کے نیچے درد بھی تھا۔

علامات۔ مریض پر بالکل ناگہانی طور پر سیز کے سامنے حاد درد کا حملہ ہو جاتا ہے اور یہ درد عظم القص کے بالائی یا زیرین حصے کے نیچے یا یوں کہنا چاہئے کہ اس سے

بائیں جانب واقع ہوتا ہے لیکن خود قلب کے مقام پر درو نہیں ہوتا۔ درو اس مقام سے بائیں جانب اور پیچھے یا آرا پار عظم الکنت تک اور کوبائیں شانے تک اور نیچے بائیں بازو اور ہاتھ تک تشعیر کرتا ہے۔ یا نکتہ کمر بار یا اتفاق بھی ہوتا ہے کہ یہ عظم نقص کے دائیں طرف ہو کر دائیں شانے بازو اور ہاتھ تک تشعیر کرتا ہے۔ ممکن ہے کہ درو ایک ہی وقت میں دائیں اور بائیں دونوں جانب واقع ہو۔ یہ گردن کے دونوں جانب جلد الراس تک اوپر چلا جاسکتا ہے جس کی توجیہ اس واقعہ سے ہوتی ہے کہ تو اعصاب قلب سے نکلنے والے درو وراثی لسانی بلوئی عصب کا حسی جواب (counterpart) ہوتا ہے اے اس لئے وہ ”بعید السبب درو“ کا محل وقوع بن جاتا ہے (30) یہ درد حلق میں محسوس ہو سکتا ہے۔ سینہ کا درد ”خارق“ یا ”ناخز“ یا ”آگ کی طرح جلتا ہوا سوزشی“ یا ”مضیق“ بیان کیا جاتا ہے۔ بازوؤں یا انگلیوں میں درد کے ساتھ جھنجھٹا ہٹ یا سن پنا بھی محسوس ہونا ممکن ہے۔ مختلف مریضوں میں درد کا آغاز بہت مختلف طور پر ہوتا ہے۔ مثلاً ممکن ہے کہ وہ ایک یا دونوں بازوؤں میں شروع ہو کر اوپر کو سینہ تک پھیل جائے۔ یا ممکن ہے کہ وہ بالائی شکم میں شروع ہو (شرعی ذبحہ = epigastric angina) یا نسبتاً نیچے شکم میں شروع ہو (اشکلی ذبحہ = angina abdominis)۔ ایسے ہی ایک مریض میں یہ درد زور لگانے یا محنت کرنے پر شروع ہو جاتا اور ابتداء ناف کے خطے میں محدود ہوتا جہاں نہایت شدید ہوتا۔ لیکن یہ تبدیلیک شدت میں بڑھ کر سینہ اور پشت پر ساری درد پھیل جاتا تھا۔ حملہ کے دوران میں مریض کا بشرہ توشیشا یا سنجیدہ ہوتا ہے۔ اور اگر وہ چل رہا ہے تو ٹھیر جائے پر مجبور ہو جاتا ہے اور وہ خاموش رہتا ہے۔ اسے ٹھنڈے پینے آنے لگتے ہیں۔ ممکن ہے کہ اس کا ریتی زیادہ ہو جائے اور اسے قریب الموت ہونے کا احساس ہو۔ نبض عموماً غیر متغیر ہوتی ہے، لیکن ممکن ہے کہ وہ سست ہو جائے، یا ایسی بے نظمیاں جیسے کہ متراد انکماشات دیکھے جائیں۔ ایک ہلکے حملہ کے خاتمہ کے قریب نبض تیز ہو جاتی ہے۔ خون کے دباؤ میں کوئی تغیر تبدیلی نہیں ہوتی۔ نبض مریضوں میں وہ بقدر ۲۰ ملی میٹر یا تقریباً ۲۰ ملی میٹر زیادہ ہو جاتا ہے۔ درو چند سیکنڈ یا منٹ جاری رہنے کے بعد بہ سرعت جاتا رہتا ہے، لیکن ممکن ہے کہ چند گھنٹوں کے دوران میں پھر بار بار ہونے لگے یا چند ہفتوں یا برسوں تک

پھر ذبحہ محسوس ہو۔ ذبحہ پہلے اور واحد حملہ میں ہلک ہو سکتا ہے۔ حملوں کے درمیان میں اور شدید حملوں کے بالآخر موقوف ہو جانے کے بعد ممکن ہے کہ سینہ کی دیوار اور بازوؤں پر مختلف مقامات پر دبائے سے اہمیت محسوس ہو اور ہفتوں تک اس طرح محسوس ہوتی رہے۔ یہ مقامات آئے دن بدلتے رہتے ہیں۔ ساتھ ہی ممکن ہے کہ مریض کی قوجہ سینہ کے اندر پری یا پچکاؤ کے احساسات کے طرف مبذول ہو جنہیں اس امر کی تفسیہ دینی نہیں سمجھنا چاہئے کہ اگر احتیاط نہ کی جائے گی تو شدید درد نمودار ہو جائے گا امکان ہے کہ حملہ کے ساتھ اکثر صمدے کی پری کا احساس موجود ہوتا ہے بالخصوص جب کہ حملہ کھانے کے بعد ورزش کی وجہ سے شروع ہو گیا ہو اور ممکن ہے کہ اگر ڈوکار کے ذریعہ ہو اکامیابی کے ساتھ خارج کر دی جائے تو اس میں تخفیف ہو جائے۔ اسی علامت کی کثرت وقوع سے یہ رائے پیدا ہو گئی ہے (31) کہ ہوا سے صمدے یا مری کا پھوٹنا ہی اس شکایت کا ادنیٰ سبب ہے، لیکن اس رائے کو چند اشخاص ہی تسلیم کرتے ہیں۔ ایک مشاہدہ کردہ اصابت میں (32) ڈوکاریں لینے کی کوشش سے درد میں ہر مرتبہ تخفیف ہو گئی لیکن لاشاعلوں سے پتہ چلا کہ صمدے میں ہوا داخل ہو گئی تھی۔ تاہم مقام ذبحہ اور بالائی غذائی نسلے کے درمیان ایک نہایت قریبی مملوس تعلق ہوا کرتا ہے، کیونکہ پیٹ بھر کر کھانا کھانے سے حملہ میں تعجیل ہو جائے گی، نیز ذبحہ حملوں کے دوران میں محسوس ہونے والے بعض درد فری کے اندر پیدا ہوتے ہیں اور ممکن ہے کہ وہ ٹھکنے سے ایک لمحہ کے لئے زیادہ ہو جائیں یا کم ہو جائیں۔ اس کی توجیہ اس دودی حرکت کی موج سے ہوتی ہے جو ٹھکنے کے بعد فری پر سے نیچے کو گزرتی ہے (32)۔ جان ہنٹر نے اس موضوع پر خود اپنی حالت میں مری مشاہدہ کیا۔ شاید ایسے دردوں کے لئے ”ذبحہ کاذب“ (pseudo-angina) کی اصطلاح استعمال کی جاسکتی ہے۔ بعض اوقات ذبحہ مرض ریناڈ کے ساتھ پایا جاتا ہے۔

ذبحہ صغیر (angina minor) میں ممکن ہے کہ مریض ورزش یا سردی کے مختلف کے نتیجہ میں چند سیکنڈ تک کی مقدار تحت القفس درد محسوس کرے اور خاموش رہنے پر مجبور ہو جائے۔ بعض اوقات یہ حملے غلط طور پر ”ذبحہ کاذب“ کے نام سے موسوم کئے گئے ہیں لیکن اس اصطلاح کا استعمال اس تعلق میں نہیں کرنا چاہئے، ورنہ اس حالت کی نزاکت مخفی ہو جائے گا امکان ہوتا ہے۔



تشخیص - درد کی نوعیت، زور لگانے کی وجہ سے اس کا وقوع، اُمَل تاثرات سے اس میں تخفیف ہونا، قلبی یا شریانی ضرر (مصرعی مرض یا صلابت الشرائین) کے علامات، یہ سب امور عموماً فیصلہ کن ہوتے ہیں۔ اسے اس قلبی درد سے تمیز کرنا چاہیے جو ہمیشہ قلب پر محسوس ہوتا ہے، اور مصرعی مرض یا عضلہ قلب کے انحطاط کی وجہ سے فُشل پذیر ہونے والے قلب کے ساتھ ہوا کرتا ہے۔ اسے وجع العصبی (neuralgic) درودوں سے بھی تمیز کرنا چاہیے، بالخصوص عصبانی مزاج کی عورتوں میں۔ اس حالت میں دروازہ آرام و سکون کی حالت میں ہوا کرتا ہے، ذبحہ کے نسبت زیادہ طویل عرصہ تک جاری رہتا ہے، اور ممکن ہے کہ قلب کے پر شور فعل اور اختلاج کے ساتھ تلامذہ جو۔ ذبحہ کی نسبتہ تخفیف قسمیں اکثر اوقات غلطی سے سورہ ہضم یا التهاب معدہ سمجھ لی جاتی ہیں۔ اور اس کی توجیہ ایک حد تک اس واقعہ سے ہوتی ہے کہ اس کا حملہ اکثر اس وقت ہوتا ہے جب کہ مریض کھانا کھانے کے بعد چلتا پھرتا ہے۔ تمباکو کے ذبحہ (tobacco) کے انحصار، ذبحہ صدریہ سے کیفیت مثال ہوتے ہیں۔ نہایت شدید درد ایک اکیلی شریان کی علقت سے بھی پیدا ہو سکتا ہے، جو بعد میں بیان کی گئی ہے۔ لیکن یہ درمسلل ہوتا ہے، اس میں مریض مبہور اور اکثر بے چین ہوتا ہے۔ نبض ضعیف ہو جاتی ہے، تپ موجود ہوتی ہے، اور خون کے سپید غلیظہ کی کثرت اور بعض اوقات تار موری فرک ہوتا ہے جو تشخیص کا فیصلہ کر دیتا ہے۔ لآحسر معدہ کے حاد انتفاخ سے بھی ایسے ہی علامات پیدا ہو گئے ہیں، اور اس میں معدے کے اندر ایک انبوبہ داخل کرنے سے تخفیف ہو گئی ہے۔

انذار - ممکن ہے کہ موت ذبحی حملہ کے دوران میں یا اس کے ذرا بعد ہی یا سوتے میں یا دفعتاً واقع ہو جائے۔ وہ فُشل قلب سے یا دوسرے اسباب سے واقع ہو سکتی ہے۔ انذار کا انحصار اس پر ہوتا ہے کہ مریض پر علاج کا اثر کس قدر اچھا ہو رہا ہے۔ یہ ہو سکتا ہے کہ مریض کو ایک حملہ ہو اور اس کے باوجود اگر معمول احتیاط کی جائے تو وہ برسوں بعد تک زندہ رہ سکے۔ ناموافق امارات یہ ہیں :- ورزش کی قلیل بحیثیت، نبض متبادل اور برقی قلبی ترسیموں میں بعض تبدیلیاں (ملاحظہ فرمائیے 281)، جو سب یہ ظاہر کرتے ہیں کہ قلب کی فعلی قوت سخت السواء ہے۔

علاج۔ دوران حمل میں مریض کو بالکل خاموش اور بے حرکت رہنا چاہئے۔  
 ذبحہ کے حمل کے لئے نہایت کارگردانائٹرائٹ آف آائل (nitrite of amyl) ہے اس کے  
 ۳ تا ۵ قطرے شیشہ کے ایک چھوٹے کیسہ میں مشمول ہوتے ہیں جس پر کتان چڑھا ہوا ہوتا  
 ہے۔ اس کیسہ کو انگلی اور انگوٹھے کے درمیان یا چھٹے سے دبا کر توڑ دیا جاتا ہے اور دوا  
 کا بخار آزادانہ سونگھا جاتا ہے۔ اس کے سونگھنے سے چہرہ سُرخ ہو جاتا ہے، جمجمی عروق  
 پھڑکنے لگتے ہیں اور درد اکثر فوراً موقوف ہو جاتا ہے۔ ممکن ہے کہ دوا کی اس مقدار  
 کو مکرر دینا پڑے۔ نائٹرو گلیسرین (nitro-glycerine) (پیمپ تا ۱/۱۰ گرین) کا ایک  
 قرص منہ میں رکھنے اور چبانے پر جب اس کا جذب واقع ہوتا ہے تو اس سے بھی اچھا اثر  
 ہوتا ہے۔ نائٹرو گلیسرین کی قلیل مقداروں کے استعمال کے بعد بھی ابتدائی تک کے ساتھ  
 درد (throbbing headache) ہوتا ہے، لیکن کچھ عرصہ کے بعد اس کی برداشت  
 پیدا ہو جاتی ہے اور نسبتہ بڑی مقداروں کا تحمل ہو سکتا ہے۔ سوڈیم نائٹرائٹ (sodium  
 nitrite) (۱/۲ گرین بصورت قرص) اور ایرتھرل نائٹرائٹ (erythrol  
 tetranitrite) (اگرین ایک ڈرام الکحل مطلق کے اندر مناسب طور پر مرق کر کے)  
 بھی عمدہ موسع العروق (vaso-dilators) ہیں۔ اگر یہ تدبیریں ناکامیاب ہوں تو مارفیا  
 کا تحت الجلدی اشرب کام میں لایا جاسکتا ہے، اور زیادتی، مہبوط ہو تو برانڈی یا اتھر  
 کی ضرورت پڑے گی۔ مارفیا ہوتی نکل رہی ہوتی ہے جب کہ جوش و ہيجان یا دماغی  
 تشویش کے باعث حملوں میں مجہل ہو جائے۔ جب پُرمدہ کی وجہ سے یارحیت کے  
 ہمراہ حملے ہو جائیں تو سال وولٹائل (sal volatile) پانی کی مساوی مقدار کے ساتھ  
 مرق کیا ہوا مفید ہو سکتا ہے۔ آکسیجن فیسیہ کے ذریعہ مکرر چھ روکے جاسکتے ہیں۔

جب کسی مریض میں ذبحہ ایک مرتبہ ظاہر ہو جائے تو ضروری ہے کہ مریض  
 چند ہفتوں تک بستر میں کلی آرام لے اور تشویش و ہيجان سے محترز رہے۔ غذا  
 ایک وقت میں تھوڑی مقدار میں دی جائے۔ جب مریض پھر چلنے پھرنے لگے تو اس کو  
 چاہئے کہ اپنی طرز زندگی کو اس طرح بدل دے کہ ان اسباب عاملہ (دوافع مرضیہ)  
 محنت وغیرہ سے محترز رہے جن سے حملہ ہو گیا تھا۔ اپنی زندگی کو منظم بنانے میں اسے  
 اپنی اور سینہ کے پچکاؤ کے ان تنبیہی احساسات سے مدد ملے گی جو اس کے پھر

حد سے زیادہ کام شروع کرنے پر ظاہر ہو جائیں گے۔ حملوں کی ردک تمام ادوا تو ادویہ سے کرنی چاہئے۔ لیکن کچھ عرصہ کے بعد غالباً ٹائٹرائٹس کا استعمال حفظاً مقدم کی غرض سے نہ کرنا بہتر رہتا ہے۔ کیونکہ اگر وہ رینٹ کے تنبیہی امارات کو دور کر دیں تو اسے پھر اپنے قلب سے زیادہ کام لینے کی جرات ہو جاتی ہے اور اس سے دوران خون کا فشل پیدا ہو جائے گا امکان ہے۔ اہل ٹائٹرائٹس یا ٹائٹروگلیرین کے قرص مضروت نے وقت کام آنے کے لئے پائس رکھنے چاہئیں۔ تمباکو نوشی کی زیادتی کو موقوف کر دینا چاہئے۔ بعض مریض تمباکو کے لئے اس قدر حساس ہوتے ہیں کہ دن میں ایک یا دو سگریٹ بھی ان کے حملوں کو جاری رکھ سکتے ہیں۔ شدید امواتوں میں جہاں قلب کی محفوظات کم ہو سکتی ہیں ایسا علاج حملوں کو روکنے میں ناکامیاب ہے، اور جب کبھی مریض ذرا ہی چلے پھرے گا تو یہ بہت دور واقع ہو جائیں گے۔ ایسی امواتوں میں ٹائٹروگلیرین مفید ہوگی۔ اس کی مقدار ۱۰ قطرہ روزانہ تین یا چار بار ہو سکتی ہے جسے بتدریج بلیم یا پلاسٹک بڑھا سکتے ہیں۔ بعض امواتوں میں آیوڈائڈ آف پوٹاشیم (۵ تا ۳۰ گریں) بھی نفع بخش ہوتا ہے۔ آتشک کا علاج بھی کرنا چاہئے، جیسا کہ پہلے بیان کیا گیا ہے۔ ذیابیطس شکر (diabetes mellitus) میں کاربوہائیڈریٹ کی کثرت رکھنے والی غذا اور انسولین (insulin) دینی چاہئے۔ بعض اوقات برقی قوس (electric arc) میں جوفانی سطح کا تلف کرنے سے گلے رک گئے ہیں۔ امونیم بروائیڈ، ۱۰ تا ۲۰ گریں کی خوراکوں میں، بحیثیت ایکٹو ہنہی ممکن کے مفید ہے۔ ہمارے معلومات کی موجودہ حالت میں جراحی علاج، یعنی عصب غافضہ کو قطع کر دینے کی سفارش نہیں کی جاسکتی۔

ذبحہ کا تلازم قلب اور شش کے اس احتمال کے ساتھ جو چپ بائیں فشل کے باعث ہوتا ہے کہ سدود مزمار کے مقابل زور سے زیر کرنے سے اور اس طرح قلب اور شش، نظامی دوران خون کے اندر خالی کرنے سے ممکن ہے کہ حملہ رک جائے۔ راقم الحروف کا ذاتی مشاہدہ ثابت کرتا ہے کہ کم از کم خیف چپ بائیں دروں پر تویہ بیا صادق آتا ہے۔ آہستہ آہستہ گہری سانس لینا بھی مفید ہے۔ ممکن ہے کہ زور دار شہیق کا برعکس عمل بعض راست بائیں دروں پر طلاق پذیر ہو۔ مریض کو این حرکت کو عمل میں لانا سکھادینا چاہئے۔ یہ یقیناً کوئی نقصان تو کر نہیں سکتے۔

## ساری شریانی التهاب

(INFECTIVE ARTERITIS)

حاد شریانی التهاب - حاد سرایت شریان تک باہر سے آسکتی ہے (ابتدائی گرد شریانی التهاب = initial peri-arteritis) یا اندر سے (ابتدائی وٹروں شریانی التهاب = initial endarteritis)۔ اول الذکر کسی متصلہ ترقی مرکز یا زخم سے سرایت رساں عامل کے راست پھیل جانے سے پیدا ہو جاتا ہے۔ نسبت بڑی شریانیں کا ابتدائی حاد وروں شریانی التهاب دیوار شریانی پر ان عضویوں کے حملہ کی وجہ سے ہو سکتا ہے جو ورون میں مغرور عفونی سد اد کے ذریعہ منتقل ہو گئے ہوں، یا وہ ہم پہلو عفونی روئیدگیوں میں سے سرایت کے پھیلنے سے پیدا ہوتا ہے جیسے کہ اس خبیث التهاب ورون قلب میں جو اور ملی یاریوی شرفوں کو مآؤف کر دیتا ہو۔ سرایت رساں عامل خواہ کسی راستہ سے عرقی دیوار تک پہنچے آخر الذکر کی ساری دباؤت بہ سرعت مآؤف ہو سکتی ہے۔ نیجیاتی لحاظ سے حاد التهاب کا سامنظر پیدا ہو جائے گا، اور نرم شدہ دیوار درجہ مضرت کے لحاظ سے یا تو باہر کے طرف ابھرتی ہے (فطری انورسما = mycotic aneurysm) یا وہ مشقوب ہو کر خون کو باہر نکلنے دیتی ہے۔

حاد گرھکی کثیر شریانی التهاب (polyarteritis acuta nodosa) - حاد گرد شریانی التهاب کی اصطلاح استعمال کرنے کے بعد یہاں ایک نہایت شاذ حالت (جسے حاد گرہکی گرد شریانی التهاب بھی کہتے ہیں) کا تذکرہ کرنا بے محل نہ ہو گا خاص طور پر اس وجہ سے کہ غالباً وہ بھی ایک حاد سرایت کے باعث ہوتا ہے، اگرچہ آخر الذکر کی نوعیت اب تک متعین نہیں ہوئی ہے۔ جسم کی بہت سی چھوٹی شریانیں مآؤف ہو سکتی ہیں بالخصوص قلب اور گردوں کی۔ مآؤف عروق میں چھوٹے گرہ کی اور ام پیدا ہوتے ہیں جو دراصل چھوٹے چھوٹے انورسما ہوتے ہیں اور ان کے ساتھ علقتیت کبھی ہوتی ہے کبھی نہیں ہوتی معلوم ہوتا ہے کہ ابتدائی ضرر شریان کے درمیانی طبقہ کا ماسکی تنغز ہوتا ہے، اور اس کے گرد پیش حاد التهابی تعامل ہوتا ہے جو سب تینوں طبقات کو مآؤف کر دیتا ہے۔ ممکن ہے کہ علقتیت واقع ہو جائے یا نرم شدہ دیوار وٹروں پڑ کر باہر کے طرف ابھرتی ہے (انورسما) اور

اکثر اوقات پھٹ کر خون کو باہر نکلنے دیتی ہے۔

تندرستی شریانی التهاب (tuberculous arteritis) خرمین ساری شریانی التهاب کے دو عام ترین سبب عصیہ درنیہ اور بیج سلکیہ شاحب ہیں۔ ایک دردنی مرکز کے قرب وجوار میں ایک شریان کی دیوار تجبیتی آریجی عمل کے راست پھیلاؤ کی وجہ سے ماؤف ہو سکتی ہے۔ ماؤف دیوار ایک تندرستی ضرر کے مہولی خصائص ظاہر کرتی ہے اور مکن ہو کہ بطنانی یا دروں علمی خلیات کے متکاثر سے خواہ اس کے ساتھ ایک علقہ ہو یا نہ ہو شریان کا درونہ مضموس ہو جائے۔

آتشکی شریانی التهاب (syphilitic arteritis) - آتشکی شریانی التهاب کی صورت میں دو قسمیں شناخت کی جاتی ہیں۔ ایک وہ جو اور علمی میں پایا جاتا ہے اور دوسرا وہ جو چھوٹی شریانوں میں ہوا کرتا ہے، لیکن دونوں کا بنیادی تعامل مماثل ہوتا ہے۔ اول الذکر میں التهابی عمل جو بیج سلکیہ کی تحریک سے شروع ہوتا ہے، بیرونی طبقہ میں عروق العروق کے تعلق میں آغاز پذیر ہوتا ہے اور ان کا درونہ اپنے استری دروں علمی خلیوں کے متکاثر سے تنگ یا مضموس ہو جاتا ہے۔ گول خلیوں کی گرد عروقی درزیش عروق العروق کے ممر کے ساتھ ساتھ واقع ہوتی ہے اور اسی واسطے اور علمی کے درمیانی طبقہ میں پھیل جاتی ہے۔ عضلی خلیوں اور لچک دار بافت کے چھوٹے چھوٹے رقبوں میں تخرواق ہو جاتا ہے، اور یہ رقبے لف آسا اور پلازمائی خلیوں کے ماسکوں کے ساتھ مل کر خود بینی سمیٹے بنا دیتے ہیں۔ ایسے رقبہ کا بطنانہ بطنانی خلیوں کے متکاثر سے دبیر ہو جاتا ہے، اور ان نوخیز عروق شعریہ کی کلیاں پھوٹ نکلنے کی وجہ سے جو کہ اس دبیر رقبہ کے اندر بالیدگی حاصل کرتے ہیں عروقی ہو جاتا ہے۔ بعد میں کچھ تو تخری طبع کے جذب کی وجہ سے اور کچھ اس نوخیز یعنی بافت کے انقباض کی وجہ سے جو غائب شدہ عضلی اور لچکدار بافت کے بجائے پیدا ہو جاتی ہے، اور علمی کی اندرونی سطح پر انداب دیکھا جاتا ہے۔ اس طریقہ سے نا لچکدار یعنی بافت درمیانی طبقہ کی اس عضلی اور لچکدار بافت کی جگہ لے لیتی ہے جس پر شریانی دیوار کی کارکردگی کا انحصار ہوتا ہے، اور آخر الذکر جہاں کہیں متلیف ہو جاتی ہے، بتدریج پھیل کرتی جاتی ہے۔ اور سما کی پیدائش کا یہی طریقہ ہے۔ چونکہ اس ضرر کی اہمیت کا انحصار درمیانی طبقہ کو پہنچتی ہوئی مفرت کی مقدار پر ہوتا ہے لہذا اور علمی کے

آتشکی مرض کو اکثر التهاب میاں اور طئی (mesaortitis) کہتے ہیں، اگرچہ وہ اولاً عروق العروق کا ایک ضرر ہوتا ہے۔

ماؤف اور طئی، دبازت کی حکیتیاں نیز ایک نہایت متین انداب ظاہر کرے گا اور آخر الذکر خالی آنکھ سے ایک آتشکی ضرر کو ان ضررات سے متفرق کرنے میں کام آتا ہے جو اتھروما کی وجہ سے ہوتے ہیں اور یقیناً اتھروما کا ساتھ موجود ہونا بھی ممکنات میں سے ہے۔

نسبتہ چھوٹے شرائین کی حالت میں بیرونی طبقہ بھی چھوٹے گول خلیوں کی دبیز ظاہر کرتا ہے۔ درمیانی طبقہ بہت کم ماؤف ہوتا ہے، لیکن بطنہ نہایت معتین تغیرات ظاہر کرتا ہے۔ بطنہ کی اتصالی بافت کے خلیوں کے تکاثر کا یہ نتیجہ ہوتا ہے کہ وہ بہت دبیز ہوجاتا ہے۔ یعنی درتے اور نئی لچکدار بافت پیدا ہو کر درونہ بہت تنگ بلکہ مٹموس ہوجاتا ہے۔ مکن ہے کہ یہ عمل انطاس عقیقیت کے وقوع سے تیز تر ہو جائے۔ آتشکی مرض کی اس قسم کا ایک عام محل وقوع دماغی عروق ہیں، بالخصوص ان کی قشری شاخیں۔ صمغیات میں واقع ہونے والے تنخر کے تعلق میں آتشکی التهاب بطنہ شریان (syphilitic endarteritis) ایک اہم حصہ لیتا ہے، اور اس کے برعکس ایک صمغیتی عمل، راست پھیلاؤ کے ذریعہ سے بڑھ کر قرب و جوار کی ایک چھوٹی شریان کو ماؤف کر سکتا ہے جو اب تک غیر ماؤف تھی۔

اس طرح پرمیڈی اور آتشکی التهابات بطنہ شریان دونوں درونہ کا انطاس پیدا کر دینے کا رجحان رکھتے ہیں لہذا وہ انطاسی التهاب بطنہ شریان (endarteritis obliterans) یا تکاثری التهاب بطنہ شریان (endarteritis proliferans) کی مثالیں ہیں۔ یہ ایک ایسا عمل ہے جو ابھی بیان کئے ہوئے طریقوں کے علاوہ اور دوسرے طریقوں سے بھی واقع ہو سکتا ہے۔ مثلاً اس اصطلاح کا اطلاق ان شرائین کے فعلیاتی انطاس پر کیا جاسکتا ہے کہ جن کی ضرورت نہ رہی ہو۔ یہ انطاس شری شریان (umbilical arteries) 'قناة شریانی' (ductus arteriosus) وضع عمل کے بعد بہت سے رجمی عروق، سین یا س کے زمانہ میں بمبغی عروق، وغیرہ میں واقع ہوجاتا ہے۔ ان اصابتوں میں بطنہ تبدیج دبیز ہوجاتا ہے اور درونہ مٹموس اور

عضلی خلیے مذبول ہو جاتے ہیں۔

عرقی عرقی انطماستی التهاب (thrombo-angiitis obliterans)۔

التهاب بطن شریان کی ایک دوسری قسم "عرقی عرقی انطماستی التهاب (thrombo-angiitis obliterans) کے نام سے موسوم ہے۔ شریانی مرض کی یہ مخصوص قسم بالخصوص نو عمر یا ابتدائی ادھیڑ عمر کے بالغ یہودیوں میں ہو کر تھی ہے، خاص کر ان میں جو مشرقی یورپ کے رہنے والے ہوں۔ یہ آتشک کی وجہ سے نہیں ہوتی، لیکن ممکن ہے کہ زیادہ سگریٹ نوشی ایک حد تک اس کا سبب ہو۔ خون کا دباؤ بڑھا ہوا نہیں ہوتا۔ مرض کا ٹھیک طریقہ پیدائش غیر واضح ہے۔ تاہم بطن کے غلیات کا بہت نکاثر ہوتا ہے اور اس طرح وہ بتدریج دبیز تر ہو جاتا ہے۔ اسی کے ساتھ ساتھ یا اس سے پہلے غلیت واقع ہو جاتی ہے اور ازاں بعد اس غلیت کا بعضی ہو جاتا ہے۔ برونی طبقہ میں کوئی التهابی تغیرات نہیں ہوتے، اور درمیانی طبقہ صرف کبھی کبھی انحطاطی تغیرات ظاہر کرتا ہے۔ اس شریان سے جس حصے کو رسد پہنچتی ہے اس کا تغذیہ گونا قس ہوتا ہے، لیکن وہ ہنوز ممکن ہوتا ہے۔ متوقف عریان (intermittant claudication) اور عرقی وجع الجواج (erythromelalgia) متمیز علامات ہیں۔

گرد شریانی التهاب گوہکی۔ ایک ساذ حالت ہے جس میں درمیانی طبقہ کا انحطاط اور بطن کا نکاثر ہوتا ہے جو بسا اوقات غلیت اور ایک گرد شریانی التهاب کے ساتھ متلازم ہوتا ہے۔ وریدیں بھی متاثر ہو جاتی ہیں اور یہ حالت جسم میں وسیع طور پر پھیلی ہوئی ہے۔

## مریض شریانی انحطاطات

(CHRONIC ARTERIAL DEGENERATIONS)

انحطاط سیری (senile degeneration) (وسطانی انحطاط : medial degeneration)۔

بڑھاپے میں شریان کے درمیانی طبقہ میں انحطاط یافتہ عضلی غلیوں کے مقام پر کلسی مادے کے چھوٹے چھوٹے ماسکات کا ماساڈ نہیں لیکن اس قسم کے انحطاط کے انتہائی درجہ کو صلابت مونک برگ (Monckeberg's sclerosis) کہتے ہیں۔

کہتے ہیں۔ یہ زیادہ تر بڑی شریانوں بالخصوص عرقی اور فخذی عروق کو اور کبھی کبھی شکی اور طی کے حصہ دیریں کو مآوف کرتی ہے اور ممکن ہے سفیخنی گنگرین کی موجب ہر مہوم ہوتا ہے کہ ابتدائی تغیر درمیانی طبقہ کی اتصالی بافت کے طیلوں اور عضلہ کا زجاجی انحطاط ہے۔ اس انحطاط کے بعد عضلی بافت کے انحطاط یا فتنہ بندوں میں جوڑنے کے ٹکڑوں کا جوا ہوتا ہے، چنانچہ کچھ عرصہ گزرنے کے بعد درمیانی طبقہ کی جگہ کلسی مادے کے کم و بیش مکمل طے پیدا ہو جاتے ہیں۔ اس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ مآوف شریان کم و بیش استوار ہو جاتی ہے اور ممکن ہے کہ وہ کسی قدر قس ہو جائے۔ بطنہ میں اتعیر و مآوجود ہو سکتا ہے لیکن کلسی مادہ کے گرد کوئی الٹہابی تعامل نہیں واقع ہوتا۔

یہ دراصل بوڑھے اشخاص کا شریانی انحطاط ہے، اور اسے اس نخس کے نام خلط ط نہیں کرنا چاہئے جو اکثر بطنہ میں اتعیر و مآوی لمبہ کے تعلق میں واقع ہوا کرتا ہے۔ اتعیر و مآ (athero sclerosis = nodular sclerosis) (دکری بھی صلابت

= nodular sclerosis) اس حالت کو ایک زمانہ میں تشوہی التهاب بطنہ شریانی (endarteritis deformans) کہتے تھے، لیکن چونکہ ابتدائی تغیر اولاً اور بعض اوقات خالصاً انحطاطی ہوتا ہے لہذا اب التهاب بطنہ شریانی کی اصطلاح اس قدر عام طور پر نہیں سنی جاتی۔ یہ انحطاط اپنی توزیع میں دراصل حکیتی دار ہوتا ہے، اگرچہ نسبتہ چھوٹی شریانوں میں وہ زیادہ منتشر ہو سکتا ہے۔

اس کے طریقہ پیدائش کے متعلق ہنوز بہت شبہ ہے، لیکن غالباً ابتدائی تغیر ایک مقامی انحطاط ہوتا ہے جس کی خصوصیت یہ ہوتی ہے کہ بطنہ میں کو لمیسرائی شمعی اور لیاڈی مادے نمودار ہو جاتے ہیں۔ اسی کے ساتھ، یا تو تخزنی لمبہ کی پیدا کردہ خراش کی وجہ سے یا بطور ایک تعدی یعنی عمل کے، انحطاط یا فتنہ مرکز پراکثر بطنہ کی ایک دہارت واقع ہو جاتی ہے جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ بہ مرکز بطنہ کے عین ترین حصے میں چلا جاتا اور درمیانی طبقہ سے متناس ہو جاتا ہے۔ ممکن ہے کہ بطانی نکاثر اور صلابت موقوف ہو جائے اور انحطاطی عمل دروز کے طرف پھیل جائے۔ اس حالت میں بطنہ بالآخر ٹوٹ کر ایک قرحہ بن جاتا ہو جسے "اتعیر و مآوی قرحہ" (atheromatous ulcer) کہتے ہیں۔ بہت بار درمیانی طبقہ میں بھی اس جگہ جہاں وہ انحطاط یا فتنہ بطنہ کے قریب



ہوتا ہے، شمی انعطاف واقع ہو جاتا ہے، لیکن یہاں اس امر پر زور دینا ضروری ہے کہ یہ ایک محض اتفاقی اور خالصاً ثانوی واقعہ ہوتا ہے۔ جیسا کہ بیان کیا گیا ہے بطنانہ کے انعطاف یافتہ رقبہ میں کو لیٹرل شیم اور لیاٹرز وغیرہ موجود ہوتے ہیں۔ ممکن ہے کہ ان میں سے کچھ متغیر ہو کر صابن بن جائیں جس کے بعد تکلس واقع ہو جاتا ہے، لہذا کبھی کبھی بالخصوص تشکی اور طلی میں بڑی بڑی کلسی چلتیاں پائی جاتی ہیں۔ یہی وجہ ہے کہ اور طلی کے تغیرات میں ہیں مختلف الانواع ضررات نظر آسکتے ہیں۔

چنانچہ ان زرد چلتیوں کے ہمراہ جو بطنانہ میں شیم کے جاؤ کے مقامات پر نمایاں ہوتی ہیں، غیر شفاف سپیدی مائل گدیاں بھی موجود ہو سکتی ہیں جو بطنانہ کی لینی دبازت کا نتیجہ ہوتی اور اپنے نیچے کے شمی کلبہ کو چھپاتی ہیں، انھیں کے ساتھ ساتھ ممکن ہے کہ ہر شمی طور پر انعطاف یافتہ بطنانہ کے اوپری تارکلات (انٹیر وائی قروح) دیکھیں، یا ایسے کلسی سمجھیں، لیکن جو اکثر اوقات شکستہ ورینجہ ٹرخ خلیوں کے باقیات سے ٹوٹن اور بعض اوقات ایک جداری غلقہ سے ڈھکے ہوئے ہوتے ہیں۔ کبھی کبھی جب کہ درمیانی طبقہ بھی انعطاف طلی محل سے ماؤف ہو چکا ہو، کمزور شدہ دیوار کسی حد تک تن جاتی ہے۔ کبھی کبھی یہ بھی ہوتا ہے کہ ایک کلسی صحنہ عرضاً ٹوٹ جاتا ہے جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ خون شریان کے طبقات میں جا گھٹتا ہے (تقطیع فی انورسا = dissecting aneurism)۔ لیکن تا وقتیکہ آتشکی میاں اور طلی التهاب (syphilitic mesoaortitis) بھی موجود نہ ہو، بھرتی دار مذہبات نہیں ہوتے۔ ضررات کے ان خصائص کا اختلاف جو کہ برہنہ آنکھ سے نظر آتے ہیں لیاٹرز، انعطاف اور بطنانی صلابت کے اضافی تناسبات پر منحصر ہوتا ہے۔ اور طلی کے اندر ایسی مکیتی دار کریمبی دبازتیں ممکن ہے کہ نسبتاً کم نقصان کریں، لیکن نسبتاً چھوٹی شریانوں کی حالت میں معاملہ بالکل دوسرا ہوتا ہے۔ یہ چھوٹی شریانیں بھی بہت کچھ مائل طرز کا مضر ظاہر کرتی ہیں۔ وہ دراصل مرکزی ہوتا ہے لیکن ممکن ہے کہ زیادہ منتشر بھی ہو۔ بطنانہ کی یہ کریمبی دبازتیں دونوں کے اندر بھرتی اور اس میں تشوہ پیدا کر دیتی ہیں، اور عظمت واقع ہو جانے کی وجہ سے دروز باسانی مطلوب ہو جاتا ہے، اور اس طرح انعام پیدا ہو جاتا ہے۔ جہاں درمیانی طبقہ ثانوی طور پر ماؤف ہوتا ہے، بے قاعدہ اتساع واقع ہو جاتا ہے اور ممکن ہے کہ عرق پھٹ جائے، بالخصوص

ایسے مقامات میں جیسے کہ دماغ، جہاں عروق کو بہت غوراً سہارا حاصل ہوتا ہے۔ ماؤف شدہ شریانی رقبہ کی وسعت مختلف اصابتوں میں مختلف ہوتی ہے۔ بعض اوقات صرف اور ملی ماؤف ہوتا ہے، اور بعض اوقات صرف چھوٹی شریانیں یا ایسی شریانوں کا ایک خاص گروہ مثلاً اکیلی، دماغی یا کلوی۔

شریانی انحطاط کی یہ قسم زیادہ بول مسی عمر کے زمانوں میں بہترین دیکھی جاتی ہے اور اکثر موت کا سبب ہوتی ہے، لیکن ممکن ہے کہ یہ نسبت ابتدائی عمر میں واقع ہو یا شروع ہو۔ یہاں ان سبھی جاموں کا تذکرہ کر دینا ضروری ہے، جو اکثر غلافوں کی شکل میں ہوتے ہیں اور مادہ حمیات کے نتیجہ کے طور پر بطن کے نیچے کی اتصالی بافت کے اندر واقع ہوتے ہیں۔ ”عاجل ایتھروما“ (early atheroma) کے نام سے ان کو غالباً غلط طور پر موسوم کیا گیا ہے۔

منتشر بیش تکوینی صلابت (diffuse hyperplastic sclerosis)

(شریانی شعری لیفیٹ = arterio-capillary fibrosis)۔ یہ تغیر جو شریانی خون کے دباؤ کی زیادتی کے ساتھ متلازم ہوتا ہے، عموماً ان اشخاص میں پایا جاتا ہے جو زندگی کے تیسرے عاشورہ سے لیکر پانچویں عاشورہ تک میں ہوتے ہیں۔ ماؤف عروق بالخصوص چھوٹی شریانیں اور شریانات ہوتے ہیں، اور ابتدائی تغیر ان چھوٹی شریانوں کے درمیانی طبقہ کا منشی انقباض معلوم ہوتا ہے۔ درمیانی طبقہ کا عضلہ اور پچھلے ارباعصر دونوں بیش پروردہ ہو جاتے ہیں، لیکن بعد میں وہ مذبول ہو کر ان کی جگہ لینی بافت کے وزقے لے لیتے ہیں۔ اسی کے ساتھ ساتھ بطن میں خلوی عناصر کا تسکا شروع ہو جاتا ہے اور بطن کم و بیش یکساں طور پر دبیز ہو جاتا ہے۔ دبیز بطن میں پچھلے ارباعصر کی جدید تکوین بھی ہوتی ہے۔ تغیر ترین شریانات میں خاص تغیر بطن ہی میں ہوتا ہے۔ اس قطریہ والے عروق کا درونہ بہت تنگ ہو جاتا ہے اور ممکن ہے کہ کلی طور پر مطمئن ہو جائے، جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ عضو کے اس حصے میں جسے ماؤف عروق سے رسد پہنچتی ہے، ذلولی تغیرات واقع ہو جاتے ہیں۔ ماؤف شریانات کا دبیز بطن جلد یا بدیر زجاجی تغیر سے ماؤف ہو جاتا ہے اور ممکن ہے کہ شمی انحطاط واقع ہو جائے۔

منتشر بیش تکوینی صلابت نہایت عام طور پر گردوں میں واقع ہوتی ہے اور

اس کے بعد محال اور دوسرے اعضا میں جن میں دماغ، بلبہ، جگر، فوق الکلیہ، غدود اور نسبتہ کم بار معدہ اور امعاء مشمول ہیں، لیکن قلب اور کالبد کے عضلات نہیں شامل ہیں۔ بڑھی ہوئی محیطی مزاحمت قلب پر زیادہ کام کا بار ڈال دیتی ہے اور اس کی بائیں جانب نہایت معتد بہ بیش پرورش حاصل کر لیتی ہے، زہم مرکزی بیش پرورش (concentric hypertrophy)۔ یہ حالت بلا کسی زہم کلوئی تغیر کے موجود ہو سکتی ہے، یا ممکن ہے کہ گردے کے بقدر انداب ظاہر کریں بلکہ ذرا آتی بھی ہو جائیں لیکن یہ کلوئی تغیرات محض زبولی ہوتے ہیں اور ان کا انحصار کلوئی بافت کے رقبوں کی عمومی رسد کے منقطع ہو جانے پر ہوتا ہے (وقف الدمی ذبول (schæmic atrophy)۔ یہ اولی منتشر بیش تکونی صلابت ہے۔

لیکن ممکن ہے کہ ایسے ہی عروقی تغیرات ثانوی طور پر ان گردوں میں واقع ہو جائیں جو اولی طور پر متاثر یا مرکزی قسم کے مزمن التهابی تغیرات کا محل وقوع ہیں اور یہ عروقی تغیرات التهابی مضرت میں اپنا حصہ شامل کر دیں۔ ان امواتوں میں بھی خون کا دباؤ بڑھ جاتا اور بایاں قلب بیش پروردہ ہو جاتا ہے۔ پس معلوم ہوتا ہے کہ گردوں کے ایک مابقی التهابی عارضہ کی وجہ سے خون کے اندر کوئی مادہ یا مادے مجموعہ ہو جاتے ہیں اور گردوں اور دوسرے مقامات میں چھوٹی شریانیں اور شریانات کا تنشی انقباض پیدا کر دیتے ہیں۔ ممکن ہے کہ یہی عامل یا اور کوئی خرابی اور مادہ ان تنیرات کی بھی تحریک کا باعث ہو جو کہ اوپر بیان کئے گئے ہیں۔ مابینہ ممکن ہے کہ اولی اور ثانوی مرض کے باہمی تعلقات نہایت قریبی ہوں کیونکہ پایا گیا ہے کہ جنگلی التهاب گردہ (war nephritis) سے خون کا دباؤ بڑھ جاتا ہے، درآں حالیکہ یہ التهاب گردہ خود بہ ظاہر دفع ہو گیا ہو۔

## شریانی صلابت

(arteriosclerosis)

شریانی صلابت کے معنی شریان کی سختی ہے۔ یہ لفظ اکثر محدود مفہوم میں منتشر بیش تکونی صلابت کے مرادف کے طور پر استعمال کیا جاتا ہے۔ لیکن سہولت

اس میں ہے کہ ہم کو ایسی اصطلاح حاصل ہو کہ ابھی بیان کئے ہوئے تمام مختلف مریضیاتی اصطلاحات پر بستر مریض کے پاس اس کا استعمال کیا جاسکے، کیونکہ دوران زندگی میں ان میں ٹھیک تفریق کرنا اکثر ناممکن ہوگا اور ممکن ہے یہ سب ایک ہی مرضی عمل کی قسمیں ہوں۔ اس کتاب میں یہ اصطلاح اسی وسیع مفہوم کو ادا کرنے کے لئے استعمال کی گئی ہے۔

شریانی صلابت کے اسباب - ممکن ہے یہ مختلف قسمیں اتنا مختلف مصرت رماں عوامل کی وجہ سے نہ ہوں کہ جتنا ان مختلف زمینوں کی وجہ سے ہوں۔ جن میں جراثیمی سموم یا دیگر عوامل جاگزیں ہوتے ہیں۔ مثلاً نوعمروں میں الہتائی تغیرات کا نتیجہ وافر اندرونی متکاثر (منتشر بیش تکوینی صلابت) ہوتا ہے، لیکن بوڑھوں یا ضعیفی (cachectic) اشخاص میں ایسا شدید تعامل ناممکن ہوتا ہے اور ان کے خون کا دباؤ پست رہتا ہے (senile degeneration = (32)۔)۔ البتہ نئے

بتلایا ہے کہ اولی شریانی تغیرات جیسے کہ اتھیروما اور انحطاط پیری میں خون کا دباؤ بڑھانے کا رجحان نہیں ہوتا۔ اس کے برعکس منتشر بیش تکوینی صلابت کے ساتھ خون کا بلند دباؤ پایا جاتا ہے۔ چنانچہ اگر سخت شریان والی تمام اصابتیں شریانی

301

صلابت (arteriosclerosis) کی اصطلاح کے تحت ایک ہی زمروں میں جمع کر دی جائیں تو بعض اصابتوں میں خون کا دباؤ طبعی ہوگا اور بعض میں وہ بڑھا ہوا ہوگا۔ شریانی صلابت اور بالخصوص اتھیروما ان لوگوں کی شریانوں کا ایک عام انحطاط ہے جن کا پیشہ ان کو سخت عضلی بار کا مورد بناتا ہے، لہذا ممکن ہے فشار خون کی متوقف زیادتی ایک سبب معدہ ہو۔ مختلف عاملات جو اس کی تہیب میں حصہ لینے والے سمجھے گئے ہیں یہ ہیں:۔

بسیار خوری بالخصوص پروٹینی اور شحمی غذاؤں کی۔ چنانچہ دودھ کی زیادتی کو سبب قرار دیا گیا ہے (57)؛ اور گوشت خوریوں کی نسبت نبات خوروں میں کم فشار خون پایا گیا ہے (58)۔ نقرس، الکحل، سیسہ کا شحم، غیر یا اور دوسری مسادہ سرایتیں، معدہ اپنے جراثیمی سموم کے بالخصوص تپ محرقہ ناقض ترقیت (hypothyroidism)

مرضی برائٹ (ملاحظہ ہو منتشر بیش تکوینی صلابت = diffuse hyperplastic sclerosis) اور شاید معافی شحم۔ شریانی صلابت بوڑھے آدمیوں میں ذیابیطس کے ہمراہ موجود ہو سکتی ہے، کیونکہ ان میں پروٹین اور شحم نہایت کثرت سے کھائی جاتی ہیں۔

لیکن دوسری اصابتوں میں ممکن ہے کہ یہ ذیابیطس ثنائی ہو، کیونکہ عروق کی صلاحیت کی وجہ سے لبدہ کی دموی رسد کا فضل واقع ہو جاتا ہے۔

امراضیات - یہ رائے دی گئی ہے کہ شریانی دیواروں کے عضلی اور لچکدار ہر دو عناصر اولی طور پر کمزور ہو جاتے ہیں۔ اس لئے وہ تن جاتے اور متع ہو جاتے ہیں اور تنکلس اور تشریحی تبدیلیاں دیواروں کو قوی تر کرنے کا کام دیتی ہیں اور خاص طور پر ان نقطوں پر واقع ہوتی ہیں کہ جہاں جوئے خون کے پیکر کھانسنے کے باعث خاص بار پڑتا ہو یعنی غموں اور ان جگہوں پر کہ جہاں شریانیں شلخ کی صورت میں پھولتی ہیں تنکلس اندمال کے معنی رکھتا ہے اور ان مقامات پر کبھی انشقاق واقع نہیں ہوتا۔ شریانی دیوار میں دوسری جگہ یہ عمل منتشر ہوتا ہے۔ خون کا دباؤ ایک ثنائی امر ہے (59)۔

علامات - ابتدائی درجوں میں شریان جس پذیر ہوتی ہے اور جب اسے انگلیوں سے دبا کر سارا خون خارج کر دیا جائے تو انگلیوں کے نیچے گھامی جاسکتی ہے۔ شریان موٹی محسوس ہوتی ہے۔ مابعد درجوں میں ممکن ہے کہ تنکلس کی وجہ سے اس کی دیوار سخت محسوس ہو یعنی غرضی قطر زیادہ ہو سکتا ہے اور ممکن ہے کہ شریان کی طوالت بڑھ جانے کی وجہ سے عرق پیچ دار ہو جائے۔ نبضان اکثر کم ہو جاتا ہے اور کبھی کبھی بالکل غائب ہوتا ہے، ممکن ہے کہ علقتیت واقع ہو جائے۔ چونکہ موج نبض کی رفتار شریان کی استواری کے ساتھ ساتھ بڑھتی ہے، لہذا ”گرم تار“ والے نبض نگار (hot wire sphygmograph) کی وساطت سے اول الذکر کی تعیین سے ایک دی ہوئی حالت میں شریانی صلاحیت کی مقدار ظاہر ہونی چاہئے۔

شریانی صلاحیت میں اکیلی شریان نہایت عام طور پر آتھیرومائی ہو جاتے ہیں، لہذا عضلہ قلب کے تغذیہ میں خلل واقع ہو کر اس کا انحطاط واقع ہو جاتا ہے اسی وجہ سے ابتدائی فضل القلب کے علامات موجود ہو سکتے ہیں، یعنی خستگی، سرسٹا، پھولنا، اور زور لگانے پر درد۔

شریانی صلاحیت بعض احوال میں اپنی موجودگی کے باعث مقامی علامات پیدا کر سکتی ہے۔ دماغ میں وہ علقتیت یا ترف پیدا کر کے ان کے میمر و مخصوص علامات پیدا کر سکتی ہے۔ شریانی شنج ایک ایسی حالت پیدا کر دیتا ہے جو البیوس بولیٹ کی

موجودگی میں یوریا دموریت (uraemia) سے مشابہ ہوتی ہے اور کاذب یوریا دموریت (pseudo-uraemia) کے نام سے موسوم ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 303)۔

تھریز و علاج - حفظہ ما تقدم اس پر مشتمل ہے کہ اس حالت کے اسباب کا علاج کیا جائے۔ بیمار غری سے احتراز لازم ہے۔ اصلاح اس وقت بھی جب کہ مرض قائم شدہ ہو واقع ہو سکتی ہے۔ کچھ زمانہ کے لئے طبیعت پر آرام کرنے کی ہدایت کرنی چاہئے کیونکہ افقی وضع دوران خون پر سے بار کو دور کر دیتی ہے۔ عموماً آیوڈائیڈز (iodides) دیئے جاتے ہیں اور جیسا کہ اکثر ہوتا ہے، اگر ناقص درقیت کا کوئی عنصر موجود ہو تو ممکن ہے کہ یہ مفید ہوں۔ خلاصہ ذرقیہ (thyroid extract) بھی آزمایا جائے (شریان صلابتی گردے کا علاج بھی ملاحظہ ہو)۔

## بلند فشار شریانی

(high arterial pressure)

(hyperpiesia = ارتفاع الضغط)

نوعمر تندرست بالغوں میں خون کے دباؤ کی طبیعتی جولانی ۹۵ سے ۱۴۰ ملی میٹر ہوتی ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 229)۔ اکثر یہ تعلیم دی گئی ہے کہ خون کا دباؤ مریض کی عمر کے ساتھ بڑھتا جاتا ہے۔ فی الحقیقت عمر اور خون کے دباؤ کے متعلق ضابطے بنائے گئے ہیں۔ یہ رائے شہادت کو غیر صحیح طور پر جانچنے سے پیدا ہو گئی ہے۔ ایسے بہت سے بوڑھے شخص موجود ہیں جن کی شریانیں کمال طور پر طبعی ہیں اور جن میں خون کا دباؤ طبیعتی ہے۔ اس کے برعکس شریانی مرض جو بذات خود اکثر خون کے دباؤ کی زیادتی، یعنی ارتفاع الضغط پیدا کر دیتا ہے، عمر بڑھنے کے ساتھ ساتھ زیادہ کثرت کے ساتھ پایا جاتا ہے اور اس واقعہ کی کہ عمر اشخاص کی ایک جماعت کا اوسط فشار خون بڑھا ہوا پایا جاتا ہے تو یہ یہ کہتا ہے۔ ارتفاع الضغط میں ۱۵۰ تا ۱۴۰ ملی میٹر اور زیادہ تک کی قیمتیں مندرج ہوئی ہیں۔ یہ زیادتی عموماً اوسط عمر میں، یعنی تیس سال سے اوپر شروع ہو کر اس وقت تک قائم رہتی ہے کہ وہ باریاب ہو جاتی ہے جب کہ بڑھا ہوا نمودار ہوتا ہے۔ چنانچہ یہ عموماً زندگی کے اسی مرحلے میں بائی جاتی ہے۔ لیکن یہ شیرخواروں بلکہ نوزائیدہ بچوں میں بھی دیکھی گئی ہے۔ یہ نوزائیدہ

نسبت مردوں کو زیادہ متاثر کرتی ہے۔ ممکن ہے شریانی صلابت کے عنوان کے تحت بتائے ہوئے قیسی عوامل اس کے ذمہ دار ہوں۔

امراضیات - شریانی فشار طبعی حدود کے اندر ایک سے زائد حالات سے متاثر ہوتا ہے۔ مثلاً قلب کے زائد از معمول فعل سے بڑھی ہوئی محیطی مزاحمت سے اور خون کی لزوجیت (69) یا حجم کی زیادتی سے دباؤ بڑھ جائے گا، اگرچہ حجم کی زیادتی غالباً ہمیشہ ایک عارضی حالت ہوتی ہے۔ تاہم ارتفاع، الضغط کا خاص سبب محیطی مزاحمت کی زیادتی ہے، جو شاید ابتدائے بعض شریانیات کے شعبی انقباض کے باعث پیدا ہو جاتی ہے۔ لیکن بعد میں اپنی مکمل طور پر قائم شدہ شکل میں یہ شریانیات کی دیواروں میں ایک الٹھانی نوعیت کے درم کی وجہ سے ہوتی ہے جو ابھی منتشر، بلیش نکوینی صلابت (diffuse hyperplastic sclerosis) کے عنوان کے تحت بیان کیا گیا ہے (جولاط ہو)۔ بعض امواتوں میں خون کے شریانیات اور ہیموگلوبین بہت زیادہ ہو جاتے ہیں (رکشت خلیات و مویہ = polycythemia) اور ممکن ہے کہ ان امواتوں میں خون کے دباؤ کی زیادتی جزعہ خون کی بڑھی ہوئی لزوجیت کا ثانوی اثر ہو۔

ایک طبعی شخص پر جس کا انکماش دمی فشار فی الحقیقت ۱۰۰ ملی میٹر سے نیچے تھا، تحقیقات محل میں لائے سے دن کے وقت ۱۰۰ ملی میٹر کی زیادتی اور دوران شب میں ایک تناظر کی پانی گئی۔ یہ زیادتی بالخصوص چائے، کافی اور تمباکو نوشی کی وجہ سے تھی۔ ورزش، دماغی کام، افکار اور جوش و تحریر سے دباؤ بڑھ جاتا اور انکماش سے کم ہو جاتا تھا۔ جبل عالی (Alps) پر تعینل منائے پر ایک نمایاں زیادتی مشاہدے میں آئی (34)۔ اس سے پتہ چلتا ہے کہ ہوا کی تلطیف کی وجہ سے آکسیجن کی کمی و ماحر کی مرکز کو متنبہ کر دیتی ہے۔ تجربہ، کتوں میں بعض کو لائڈی تجہیزات کا اشراب دماغ کے بطینی نظام کے اندر کرنے سے ارتفاع الضغط پیدا کیا گیا ہے۔ اجسام پاشینیہ (Pacchionian bodies) جن کی وساطت سے دماغی سخی سیال کی تقطیر خارج ہو کر وہ وریڈی جوف کے اندر پہنچ جاتا ہے، ان تجہیزات سے مدد ہو جاتے ہیں۔ لہذا دماغی سخی سیال کے دباؤ کی ایک مستقل زیادتی ہو کر خون کے دباؤ کی زیادتی ثانوی طور پر پیدا ہو جاتی ہے (17)۔ ایک نوجوان مریض کے پیشاب میں ایک ضاعط مادہ

(pressor substance) پایا گیا ہے (68)۔ ایک رائے یہ دی گئی ہے کہ جگہ میں ایک سم کو تباہ نہ کرنے کا نقص پیدا ہو جاتا ہے، کیونکہ اس وقت جبکہ دموی یوریا (blood-urea) اور غیر پروٹینی نائٹروجن طبعی ہوں اور یہ کلوی صلی کا غیر مختل ہونا ثابت کرتے ہوں، خون میں امینو ترشوں (amino-acids) یورک ترشہ (uric acid) اور کولسترل (cholesterol) کا مافہا بڑھا ہوا ہوتا ہے، پیٹاب میں ایمنیا نائٹروجن (ammonia nitrogen) کی مقدار یوریا نائٹروجن کے مقابلہ میں اس سے زیادہ ہوتی ہے کہ جتنی حالت طبعی میں مناسب (کم: ۳۰) اور بولی انڈیکان (indican) کی زیادتی پائی جاتی ہے (71)۔

علامات۔ اس مرض کے ابتدائی درجوں میں، کم از کم بعض اصابتوں میں ارتفاع و بطن مستمر نہیں ہوتا بلکہ کبھی کبھی ہوا کرتا ہے۔ ازاں بعد یہ حالت مستقر قائم ہو جاتی ہے۔ مریض کو سر کے دردوں، بیخوابی، طنین الاذن اور دوران سر کی شکایت ہو سکتی ہے۔ گردن کی پشت میں قذال (occiput) کے قریب درد کا ہونا نہایت تمیز علامت ہے۔ بلند تناؤ کے خصوصیات حسب ذیل ہیں: (۱) استعمال کردہ آلات پر کے اندراجات (ملاحظہ ہو شکل ۱۳ ج، صفحہ 226)۔ (۲) انگلی کو ایک سخت اور خوب پُرشریان کا احساس اس کے ساتھ زیادہ ویر تک قائم رہنے والا انکماش ہوتا ہے۔ انبساط کے دوران میں شریان کبھی کامل طور پر خالی نہیں ہوتی، وہ انگلی کے نیچے کھائی جاسکتی ہے، لیکن جب اسے انگلی سے داکر خالی کر دیا جائے تو دوران انبساط میں یہ ضرور نہیں کہ وہ جس پذیر ہو۔ (۳) کلائی قلب اور زوردار ضربتہ الراس کا ثبوت (۴) مرتبہ اصوات قلب، یعنی راس پر پہلی آواز کی اطالت اور غٹاؤ اور اولی رقبہ میں دوسری آواز کی تخفیف یا جھنکار وار نوعیت۔

(۵) چشم بین کے ذریعہ امتحان اکثر شریانی تغیرات کی تخمین کا ایک قیمتی ذریعہ ہوتا ہے، کیونکہ سبکی شریانیں کے منظر سے یہ دریافت کرنا ممکن ہے کہ دماغی شریان کی کیسا حالت ہے۔ ابتدائی درجے میں چشم بینی تغیرات شریان تک محدود ہوتے ہیں۔ وریڈوں کے ساتھ مقابلہ کیا جائے تو عام طور پر شریانیوں کا درون جسمانت میں کم ہو جاتا ہے۔ سبکی شریان کی دیواریں طبعی حالت میں ہر کسی حد تک انکماش کر دیتی ہیں، جو کہ شریان کے وسط کے طول میں ایک جگہ ادو حاری کی طرح دکھائی دیتا ہے۔



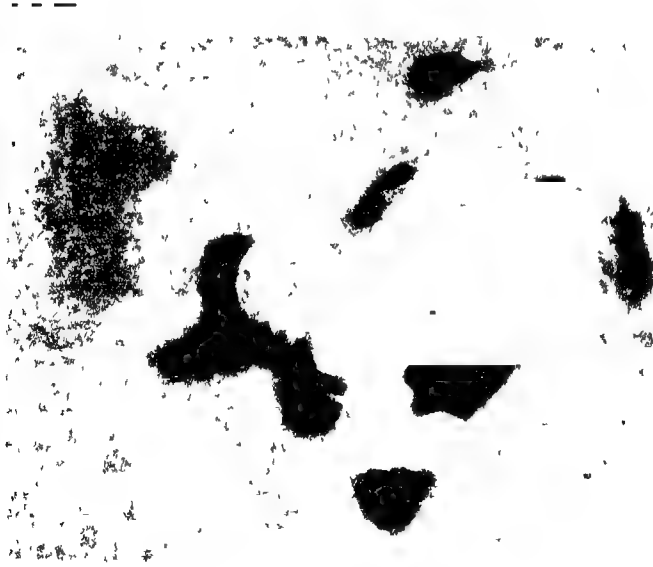
شریانی صلابت میں دیواروں کی دبازت کے باعث یہ انکسار زیادہ ہو جاتا ہے، اور نسبتاً سچوٹی شریانیں تانبے کے تار کی طرح صیقل شدہ نظر آتی ہیں، اور ازاں بعد جوں جوں دیوار کی عتمیت بڑھتی جاتی ہے وہ چاندی کے تار کی طرح چمکارد دکھائی دیتی ہیں۔ یہ چمکدار دھاری اکثر بے قاعدہ ہوتی ہے اور ایک نقطہ دار منظر پیش کرتی ہے۔ شریانیں پیچدار ہوتی ہیں، لیکن چونکہ طبی شریان اس خصوص میں نہایت مختلف الکلیفیت ہوتی ہے لہذا یہ خاصہ کوئی تشخیصی اہمیت نہیں رکھتا۔ ان کا درود بے قاعدہ ہوتا ہے۔ وہ اکثر جماعت میں بہت گھٹی ہوئی ہوتی ہیں، اور بعض اوقات یعنی دھاگوں جیسی نظر آتی ہیں۔ بعض اوقات وہ طبعی عرض کی ہوتی ہیں لیکن کہیں کہیں ان پر سپید چمکتی نما جماؤں کا غلاف چڑھا ہوتا ہے، اور وہ ایک پائپ (pipe) کی مانند کے ٹکڑوں کی طرح نظر آتے ہیں۔ ممکن ہے کہ یہ کچھ عرصہ کے بعد غائب ہو جائیں۔ شریانی وریدی تقاطعات کے مقامات پر مخصوص و تمیز مناظر نظر آتے ہیں۔ اگر ورید شریان پر سے ترچھے رخ میں عبور کرتی ہے تو ورید کا خط اپنی جگہ سے ہٹ جاتا ہے اور وہ تھوڑے فاصلے تک شریان کے ساتھ ساتھ چلا جاتا ہے۔ جب شریان ورید کے سامنے سے عبور کرتی ہے تو ورید تمام تقاطع پر غائب معلوم ہوتی ہے، کیونکہ وہ سیاہی کی دیز دیواروں کے پیچھے چھپ جاتی ہے۔ وریدوں پر دباؤ پڑتا ہے جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ تقاطع کے بعد ہی جانب پر ورید چھولی ہوئی ہوتی ہے، لیکن یہ منظر، جسے ”بنکویم“ (”banking“) کہتے ہیں ہر گز عام نہیں (ملاحظہ ہو صفحہ ۱۴)۔

شبکیتی مناظر (یعنی شریان صلابتی التهاب شبکیہ arterio-

sclerotic retinitis) ویسے ہوتے ہیں جیسے کہ مزمن مرض براؤٹ میں ملتے ہیں۔ عصب ریشمی تہ میں دقیق نزفات کی وجہ سے چھوٹے شعلہ شکل رقبے نظر آ سکتے ہیں۔ جب نزفات شبکیہ کی عمیق تر تہوں میں موجود ہوتے ہیں تو وہ ہر ہی طور پر مدور ہوتے ہیں۔ لیکن ہے کہ ایک بعد کے درجہ میں خوب واضح کوروں والے چھوٹے چمک دار دھبے اور دھڑا دھڑ زیادہ اکثر لٹخی خطہ (macular region) میں موجود ہوں، جس کے گرد وہ ایک نامہوار ستاسر لا نما شکل بنادیں، یا ممکن ہے وہ ایک ٹکٹے نما شکل میں لٹخی اور بصری قرص (optic disc) کے درمیان واقع ہوں۔ ممکن ہے کہ وہ شبکیتی ورید

صلاحت شریانی التهاب شکبہ ایک ایسی عورت میں جس کا انکماش فٹار خون ۳۰ ملی میٹر پارہ سے  
مواظب طور پر زیادہ تھا اور جو اس تصویر لینے کے تقریباً چار سال بعد "سکتہ" سے مر گئی۔

(آر۔ فاسٹر مور)



یہ تصویر کلوئی التهاب شکبہ میں "روئی کے میے" قطعات ظاہر کرتی ہے جو کئی التهاب کلیہ میں  
دیکھے جاتے ہیں۔ (ڈبلیو۔ بی۔ ہامز سپانسر)

کے اصلیات کے گرد مجتمع ہوں، لیکن زیادہ اکثر وہ بے قاعدہ طور پر ادھر ادھر منتشر ہوتے ہیں۔ اکثر ان کی ایک بڑی تعداد اس قدر قریب قریب مجتمع ہوتی ہے کہ ایک بچی کاری کے ٹکڑے سے مشابہت پیدا ہو جاتی ہے۔ تسبیحاتی لحاظ سے یہ شکلیں شبکیہ کی بنی نوعیت میں زجاجی ارتشاح کے گول یا بیضوی تو دوں پر مشتمل ہوتی ہیں۔ شاید ان کے متعلق یہ سمجھنا ممکن ہو کہ ان کی اصلی نوعیت ان سپید مفعات کی نوعیت سے مماثل ہے جو شکلیں شرائین کی چھوٹی شانوں کی مدد سے پیدا ہو جاتے ہیں۔

غالباً اصابتوں کی اکثریت میں یہ شکلیں تغیرات مریض کی موت تک قائم رہتے ہیں۔ لیکن ممکن ہے کہ انصباب شدہ خون جذب ہو کر اصلاح واقع ہو جائے، بلکہ اخطاطی دھبے تک غائب ہو جائیں۔ ابتدائی درجوں میں بصارت کا ضیاع واقع نہیں ہوتا۔ بصارت کی تدریجی خرابی ناقص ذہنی رسد کی وجہ سے پیدا ہونے والے شبکیہ کے عصبی عناصر کے اخطاط کے باعث ہو سکتی ہے۔ ممکن ہے کہ میدان بصارت محدود ہو جائے۔ عصب بصری کا ذبول (optic atrophy) دیکھا جاسکتا ہے اور ممکن ہے کہ اس کے وقوع سے پہلے قرص (disc) کا کچھ تھوڑا اورم ہو۔ بصارت کا ناگہانی عارضی ضیاع (عارضی مکنت = amaurosis fugax) دمازت یافتہ شکلیں شرائین کے سطح کی طرف منسوب کیا گیا ہے (جو کہ بد میں بیان کیا گیا ہے)۔ ناگہانی متغیر کوری جس میں درد بالکل موجود نہ ہو، مرکزی شکلیں شرائین کی علیحدت کا نتیجہ ہو سکتی ہے۔ شبکیہ شاحب نظر آتا ہے۔ اس کے خلاف لطمہ شاہ دانہ جیسے سرخ دھبہ کی طرح نظر آتا ہے۔ عروق کے اندر خون کا عمود ٹوٹ کر سرخ خلیوں کے چھوٹے چھوٹے کندے بن جاتا ہے، جن کے درمیان پلازما کی صاف فضا میں داخل ہوتی ہیں (موشی گاڑی کا منظر = cattle-truck appearance)۔

دوسری حالتیں جو ان اصابتوں میں پائی جاتی ہیں اتنا بلند تناؤ کا ثبوت نہیں جتنا کہ وہ دوران خون کی ان دقتوں کے نتائج ہیں جو بالآخر خراب ترین اصابتوں میں پیدا ہو جاتی ہیں۔ وہ حالتیں حسب ذیل ہیں :- خفیف البیوس بولیت، جو ثانوی علوی ماؤفیت کے باعث ہوتی ہے (ملاحظہ ہو شرائین سلائی گروہ، صفحہ 532) اگرچہ بیشتر اصابتوں میں ذہنی یوریا یا تو بڑھا ہوا ہوتا ہی نہیں یا محض خفیف سا بڑھا ہوا ہوتا ہے،

اور گردے کے فعل میں عموماً خفیف سی خرابی ہوتی ہے یا کوئی خرابی ہوتی ہی نہیں جسم کے مختلف حصوں میں نزفات، مثلاً رُفَات (epistaxis) نفث الدم (hæmoptysis) شکیہ اور زجاجیہ میں کے نزفات، اور شاید پھوٹے پھوٹے دماغی نزفات، بواسیر سے خون کا بہنا و سبب صدریہ (angina pectoris) فاعشس، پنڈلیوں میں آئٹمن ہونا۔

بلش تششی دماغی حملہ یا داء الدماغ (encephalopathy) جو کہ کاذب یوریمیا (pseudo-uræmia) بھی کہلاتا ہے، بہت ہی تمیز ہے۔ حملے سے پہلے فشار خون سرعت سے بڑھ جاتا ہے، جو کہ چھوٹی دماغی شریانوں کے شنج یا بعض اوقات دماغی تہج کا نتیجہ ہو سکتا ہے۔ علامات یہ ہیں :- عضلات کے عارضی استرخاآت، تشنجات، صبرہ کوری، توہمات، ہڈیان، ذہول اور قوما۔ اس سلسلہ علامات کو مزمن دماغی لینیت (chronic cerebral softening) کے عنوان کے تحت زیادہ تفصیل کے ساتھ بیان کیا گیا ہے۔

اولی ارتفاع الضغط کی بہت سی اصابتوں میں سطحی عروق دمویہ کا امتلا شدید درجہ کا ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ ایسے استخاص بڑھتی ہوئی عمر کے ساتھ تنومند و باصحت نظم آئیں، کیونکہ ان کے چہرے کا رنگ سرخ ہوتا ہے اور وہ محض اس سرخ رنگت کی مثالیں معلوم ہوں جو سبب سے تندرست بوڑھوں میں نظر آتا ہے۔ ڈیو لیفانی سردی کی بڑھی ہوئی پس پیزی (جو بحاسنیت = cryæsthesia) کا تذکرہ کرتا ہے جس کی ان مریضوں کو شکایت ہوتی ہے۔ ممکن ہے مردہ انگلیاں ہوں یا برودت بالخصوص جو ارج زیریں میں محسوس ہوتی ہے اور مریض کو موٹا لباس پہننے پر مجبور کر دیتی ہے، حتیٰ کہ گرم موموں میں بھی۔ راقم الحروف کے ایک مریض میں ارتفاع الضغط سے دونوں بواج زیریں میں کنگرین تک کی نوبت پہنچ گئی۔ ان اصابتوں کا خاتمہ آخر کار اکیلی علقیت (coronary thrombosis) یا دماغی زرف سے ہو جاتا ہے، یا فشل پذیر قلب سے کہ جس کے ہمراہ استقا اور تہج الریہ پائے جاتے ہیں، یا کبھی کبھی یوریا دمویست (uræmia) سے (نام نہاد جیٹ بیش تششی کی اصابتیں)۔ اکیلی علقیت اور دماغی زرف میں موت ناگہانی ہو سکتی ہے۔

علاج۔ اگر خون کے واؤ کی زیادتی کا سبب شناخت ہو سکے تو اسے رفع یا کم

کرنے کی کوشش کرنی چاہئیں۔ جہاں یہ یقین کرنے کے لئے معمول وجہ موجود ہو کہ طرزد کی بھی اس حالت کے پیدا کرنے میں حصہ لے رہا ہے تو گوشت اور زیادہ نائٹروجن شامل رکھنے والی غذاؤں اور پیورین اجمام شامل رکھنے والی غذاؤں سے محذورہ کزنیز الکھل چائے، قہر اور شدید داغی اور جسمانی محنت سے پرہیز کر کے مدوحل کی جا سکتی ہے۔ کیلو میل (۲ یا ۳ گرین) یا بلوویل (۳ تا ۵ گرین) کبھی کبھی بطور مسهل دے کر اس کے بعد ایک صبحی گاہی مکین دینا مناسب ہے۔ جب مریض کو بستر میں کامل آرام لینے کے لئے مجبور کر دیا جاتا ہے تو اکثر خون کا دباؤ بہ سرعت کم ہو جاتا ہے۔ عروقی مونیفات، جیسے کہ نائٹو گلیکیرین، امل نائٹ رائٹ (amyl nitrite) یا سوڈیم نائٹرائٹ (sodium nitrite) ۱۰ بجو کے وقوع کی صورت میں مفید ہو سکتے ہیں۔ پوٹاشیم آیوڈائیڈ عام طور پر دیا جاتا ہے اور بعض اوقات دلک، عضلی ورزشیں، بلند تو اتری رومی، اور علاج بائنا، نفع بخش ہوں گے۔ چونکہ خون کے دباؤ کی زیادتی غالباً شریانات کے کسی نہریا مزمن بھی التهاب کردہ کی توفیض میں ہوتی ہے، لہذا اسے گھٹانے کی کوئی کوشش نہیں کرنی چاہئے۔ ذہیجٹالس اتدائی درجوں کے لئے موزوں نہیں، مگر اس وقت مد ہو سکتا ہے جب کہ قلب ایک ترقی یافتہ درجہ اتعاع میں پہنچ گیا ہو اور تہنج موجود ہو۔ ایسی اصابتوں میں، کیجینی خیمہ مفید ہوتا ہے۔ ارتعاع لفظ کی ان اصابتوں میں کہ جن میں بلند بیوگلوبین موجود ہو، اور بالخصوص اس وقت جب کہ درد مر جیسے علامات موجود ہوں، قصہ کے منہ پر غور کرنا چاہئے۔ ممکن ہے کہ ایک پائٹ خون خارج کر دینے سے تسکین ہو جائے اور پھر تھوڑے تھوڑے وقفوں سے اسے مکرر عمل میں لاسکتے ہیں۔ فشل قلب ہونے کی حالت میں بھی قصہ لے سکتے ہیں (نیہ ملاحظہ ہو شریان صلابتی کردہ)۔

## عرجان متوقف

(intermittent claudication)

وقفہ دار لنگردانے یا متوقف عرجان کی اس حالت میں مریض کچھ فاصلہ تک چلنے کے بعد محسوس کرتا ہے کہ اس کی ایک یا دوسری ٹانگ میں کمزوری ہے اور اسی کے ساتھ جگر، بھاری پن، سن پنا، چھمن کے احساسات، درد اور اینیشن بھی ہوتی ہے،

جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ وہ لادما لنگڑا کر چلیا ہے۔ جوں جوں وہ آگے بڑھتا ہے درد کے یہ احساسات زیادہ ہوتے جاتے ہیں اور بالآخر وہ مجبور ہو کر ٹہر جاتا ہے۔ ماؤف پاؤں یا ٹانگ میں دوران خون کے اختلال کے امارات ظاہر ہوتے ہیں۔ وہ سرخ ہو جاتی ہے، اکثر ایک زراقی ہلکے ساتھ، اور دھبے دار اور متورم ہوتی ہے۔ اور ممکن ہے کہ پاؤں کی انگلیاں پمید اور ”مردہ“ ہوں۔ کچھ دیر آرام کے بعد یہ علامات بتدریج رفع ہو جاتے ہیں۔

ان علامات کی وجہ یہ ہے کہ ماؤف شریں خون کی اس بڑھی ہوئی مقدار کو لے جانے کے ناقابل ہوتی ہیں جس کی جارحہ کو عضلی ورزش کے دوران میں ضرورت ہوتی ہے۔ تقریباً تمام اصابتوں میں ماؤف جارحہ کی ٹھہری قدیمی شریا (dorsalis pedis artery) میں یا اینڈلی کی قصبیتی موخر (posterior tibial) شریان میں بعض غیر موجود ہوتی ہے (39)۔ خون کا دباؤ بعض اوقات زیادہ ہوتا ہے۔ بعض اصابتوں میں خفیف عضلی لاغری اور عیظی اعصاب کا انحطاط (التهاب اعصاب عیظی peripheral neuritis) مشاہدے میں آیا ہے۔ بہت سی مثالوں میں اس شکایت کا نتیجہ جارحہ کی خشک گنگرین کی صورت میں ظاہر ہوا ہے، اور چند اصابتوں میں یہ شکایت جواج بالاکے مرض ریناؤ کے ساتھ متلازم پائی گئی ہے۔ بعض اوقات دماغی عروق ماؤف ہو جاتے ہیں اور اسی کے ساتھ سریع الزوال فالج نصفی اور دوسرے فالج، کوری، درد سر اور ذہنی علامات بھی ظاہر ہوتے ہیں۔

بحث اسباب۔ مریضوں کی غالب تعداد میں شریاؤں یا دیرلوں کی صلابت، انطاسی شریانی التهاب یا اتھیروما یا انطاسی عیظی التهاب عسروق (thrombo angitis obliterans) کا (جو ملاحظہ ہو) ثبوت ملتا ہے جن اصابتوں میں شریانی صلابت یا انطاسی شریانی التهاب کا کوئی ثبوت نہیں ملتا، ان میں یہ فرض کر لیا جاتا ہے کہ یہ حالت شریانی شجج کے باعث ہے۔ یہ ایک بالغ زندگی کا مرض ہے۔ اور نقرس، ذیابیطس، اور آتشک اور تمباکو نوشی یا شراب خواری اکثر اس کے پیشرو ہوتے ہیں۔ یہ عورتوں کے نسبت مردوں میں زیادہ عام ہوتا ہے۔

امراضیات۔ یہ ثابت کیا جا چکا ہے کہ جب ایک مضبوط پٹی کے ذریعہ ایک

جارحہ کا دوران خون بند کر دیا جائے، اور اس جارحہ کے چند عضلات کو ورزش کرائی جائے تو ان عضلات میں درد پیدا ہوتا ہے۔ یہ درد ایک مادہ، یعنی پ۔ عامل کا نتیجہ ہوتا ہے جو کہ فعال عضلہ سے آزاد ہو کر گرد و پیش کی بافتی مضاوں میں خارج ہو جاتا ہے، اور جو کبھی بسد کو زیادہ کرنے پر غائب ہو جاتا ہے۔

انذار۔ گنگرین کے آغاز اور صلابت شریانی کے دیگر نتائج سے قطع نظر، مرض خطرناک نہیں ہے۔ علامات کی تنگیں، شریان کی اس قابلیت پر ہے کہ آیا وہ تنگ ہو سکتی ہے یا نہیں۔ اس کا امتحان کرنا ہو تو جسم کے کسی دوسرے حصے کو گرم کرنا چاہئے، مثلاً دھڑ پر گرم ہوائی غسل کا استعمال کر کے یا دونوں بازوؤں کو سارے کا سارا ایک گرم منسل میں ڈبو کر جب کہ طبی تعامل یہ ہوتا ہے کہ ٹانگوں کی جلد کی پیش بڑھ جاتی ہے (72)۔ تاہم قییکہ یہ تعامل حامل نہ ہو کوئی عملیتی مداخلت انجام نہ دینی چاہئے۔

علاج۔ مریض کو اپنی ورزش محدود کر دینی چاہئے اور دوران خون کو اس نقطہ تک تیز نہ کرنا چاہئے کہ جس پر عروق کے اندر کا تھدا چنانچہ عمل شروع کر دے۔ بستر میں اکثر آرام لیتے رہنا قرین مصلحت ہو سکتا ہے۔ آتشکی امباتوں میں آیلوٹاڈ آف پوٹاسیئم سلف آرسینال (sulfarsenol) وغیرہ آزمائے جاسکتے ہیں، اور وہ مقامی دوائیں جیڑن ریناڈ میں مستعمل ہیں، نیز متروڈ برقی قتل گرم بلند تو اتری روئیں، اور لطیف و لک اس میں استعمال کی جاسکتی ہیں۔ برقی حرارت رسانی جو دھڑ پر لگائی جائے مفید ثابت ہوتی ہے۔ افقی وضع میں کاربن ڈائی آکسائیڈ (ہوا میں فی صدی) سہ ہوا کے استعمال کرنا اور اس طرح ہفتہ میں کئی مرتبہ پندرہ منٹ تک عمیق تنفس کرنا مفید ثابت ہوا ہے۔

اگر گنگرین واقع ہو جائے تو درد کا ازالہ مارفیا سے کیا جاسکتا ہے اور مناسب موقع پر پاؤں حصہ کو متور کر دینا چاہئے۔ شراب کی حالت، یعنی موجودہ تھکس کی مقدار شعلہ نگاری کے ذریعہ متعین کی جاسکتی ہے، اور اس سے یہ فیصلہ کرنے میں مدد ملے گی کہ آیا تیر بہت اوپر یا زیادہ نیچے کرنا چاہئے۔ گنگرین اور مخطور گنگرین کا علاج اس طرح بھی کیا گیا ہے کہ شریان کے گرد کے اعصاب مشار کی کا استیصال کر دیا گیا ہے تاکہ شریانی شیخ موقوف ہو جائے، نیز شریان کے گرد الکمل کا اشراب کیا گیا ہے (40)۔ انطامی علقی عرقی التهاب میں قطنی مشارک ٹوری (lumbar sympathectomy)

کرنے سے سولہ مریضوں میں سے نو مریضوں میں عمدہ نتائج حاصل ہوئے ہیں (65)۔

## حمرتی وجع الجواج

(erythromelalgia)

اس حالت میں جسے سب سے پہلے ویر میچیل (Weir Mitchell) نے بیان کیا، پاؤں اور ٹانگوں میں شدید درد کے حملے ہوتے ہیں، اور ان کے ساتھ ہی یا ان کے بعد عروق دمویہ کا اتساع واقع ہوتا ہے جس سے ماؤف حصہ تیز سرخ یا گہرے ارغوانی رنگ کا ہو جاتا ہے، اس کی سطح چمکدار اور وریڈیں ابھری ہوئی ہو جاتی ہیں، اور شاید پسینہ بھی نکلتا ہے۔ بعض اوقات جواج بالالا اور دھڑک بھی متاثر ہو جاتا ہے۔ درد شدید جلن اور تپک کے ساتھ ہوتا ہے۔ حرارت، ورزش اور جواج کی مشکلی ہوئی وضع کو یہ حملے شروع ہو جاتے اور بڑھ جاتے ہیں، بروقت سے اور جواج کو اونچا رکھنے سے درد میں قدرے تسکین ہو جاتی ہے۔ ابتداً یہ حملے چند ہی گھنٹے تک جاری رہتے ہیں لیکن امتداد زمانہ کے ساتھ یہ زیادہ موائب اور شاید ساتھ ہی کم شدید ہوتے جلتے ہیں۔ یہ حالت ابتدائی ادھیڑ عمر میں ہو کر نئی ہے اور بچوں میں سناؤ طور پر۔

میچیل کے مریضوں میں سے دو میں بالآخر نخاعی علامات نمودار ہو گئے۔ اول دوسری اصابتیں ایسی دیکھی گئی ہیں جو ہزال نخاع (tabes) نخاعی جو فیتہ (syringo-myelia) اور صلابت منتشر (disseminated sclerosis) کے ساتھ متلازم ہوتی ہیں۔ حمرتی وجع الجواج کی بعض اقسامیں تم آرگٹ (ergotism) اور انطماستی شریانی التهاب کے باعث ہونا معلوم ہوتی ہیں۔ آخر الذکر مرض میں حمرتی وجع الجواج متوقف سر جان کے ساتھ متلازم پایا گیا ہے، اور خیال ظاہر کیا گیا ہے کہ وہ ایک تعویضی میکانیہ کے طور پر عمل کرتا ہے، جس سے عروق شعریہ کا اتساع ہو کر حصہ ماؤف کی دموی رسد زیادہ ہو جاتی ہے۔ بیرونشوں کے سم انفاری تسم میں حمرتی وجع الجواج مشاہدے میں آیا ہے۔

طالع بیشتر علامات کے لحاظ سے کیا جاتا ہے، بروقت، مناسب وضع، اور مارفیا کے استمال سے۔ فادیت (faradism) اور دلک بھی مفید ثابت ہوئے ہیں



جو اسرجی حساسیت (acroparæsthesia)۔ اس میں ہاتھوں اور پاؤں میں ناگوار یا دردناک احساسات، سنسنی، یا بے حسی، یا آلیڈینوں اور سوئیوں کی تھپ تھپ بھن بھن ہوتی ہے۔ ممکن ہے کہ اس کے ساتھ وعاءِ حرکی اختلال بھی ہو۔ یہ فساد مردوں کے نسبت عورتوں میں زیادہ عام ہوتا ہے۔ یہ ناگوار احساسات اس وقت جب کہ مریض صبح کے وقت بیدار ہوتا ہے، ایک یا دونوں ہاتھوں میں محسوس ہوتے ہیں، اور کچھ عرصہ کے بعد یہ علامات رفع ہو جاتے ہیں۔ بعض اوقات ہاتھ معمول کے نسبت زیادہ شائب یا زیادہ سرخ، بلکہ متورم بھی ہوتا ہے۔ بعض اصابتوں میں دن کے وقت ہاتھوں کا کسی پیشہ میں زیادہ کام میں لایا جانا، یا سونے میں ہاتھوں کی وضع کا ناقص رہنا، اس حالت کے پیدا کرنے کے لئے ایک کافی سبب معلوم ہوتا ہے۔ لیکن اکثر اوقات اس کا کوئی سبب معلوم نہیں کیا جاسکتا۔ اس کی امراضیات غیر واضح ہے :- یہ فساد وعاءِ حرکی شنج سے منوب کیا گیا ہے، لیکن بہت سی اصابتوں میں اس کی کوئی شہادت نہیں ملتی۔ یہ عمومی شلل (general paralysis) نظریٰ منزال نخاع (tabes dorsalis) اور مثال اقسام کے عوارض میں دیکھا گیا ہے۔ لیکن عموماً یہ ان سے اور مہربان سے الگ واقع ہوتا ہے۔ علاج آرام، مقویات، شب کے وقت پوٹاشیم برومائڈ، اور مستمر برقی رد پر مشتمل ہے۔

## انورسما

(ANEURYSM)

یہ نام (جس کے معنی چوڑا ہو جانے کے ہیں) شریان کے اس اتساع پر اطلاق پذیر ہے جو اس کے تمرکی کم و بیش محدود سمت میں ہو۔ انورس کے اپنی شکل کے لحاظ سے تکلف نما (fusiform) اور تاجچک (sacculated) میں منقسم ہیں۔ تکلف نما وہ ہے جس میں عرق کے سائے محیط کا کم و بیش یکساں اتساع ہو جاتا ہے۔ اور تاجچک دار وہ ہے جو عرق کی ایک جانب پر ایک گلوبجہ نما بجھار بنا دے اور جو ترقی یافتہ اصابتوں میں ایک تنگی یا گردن کے ذریعہ عرق سے جڑا ہوا ہو۔ بعض اوقات

بالخصوص بواج یا شکم میں ایک تاجیک دار انورسما ایک ابھرے ہوئے مقام پر پھٹ جاتا ہے۔ چنانچہ اس سے خون آہستہ آہستہ گرد و پیش کی ساخت میں رس کر ایک زور بنا دیتا ہے، جو التهابی بافت کے ایک قسم کے دیرے سے محدود ہوتا ہے۔ اسے انورسما منتشر (diffused aneurysm) کہا گیا ہے۔ بالآخر ایک تقطیعی انورسما (dissecting aneurysm) اُس وقت بن جاتا ہے جب کہ شریان کے ایک ایسے حصے پر جو اتھیروما سے ماؤف ہو، خون اندرونی اور درمیانی طبقتوں میں گھس جاتا ہے، اور اُن کے اور بیرونی طبقہ کے درمیان داخل ہو جاتا ہے۔

اسباب - انورسما ہر ایسے سبب سے پیدا ہو جاتا ہے جو عروق کو ایک نقطہ پر کمزور کر دے۔ عام ترین سبب اتھیروما ہوتا ہے، بالخصوص بڑے عروق میں جن میں اندرونی اور درمیانی طبقات کمزور ہو جاتے ہیں اور خون کے دباؤ سے ساری دیوار اُس نقطہ پر ڈھیلی پڑ جاتی ہے۔ نیز چھوٹے عروق، مثلاً دماغ اور پھیپھڑوں کے عروق میں ممکن ہے کہ عرق شریانی التهاب کے اُن مقامی اسباب سے کمزور پڑ جائے جن کا پہلے تذکرہ کیا گیا ہے (مثلاً سدادیت سے یا تڈرن کے حملے سے)۔ بیرونی طبقہ کے جراحی تقررات بھی انورسما پیدا کر دیتے ہیں۔ خراش ایک اور سبب معتد ہے، اور قدیم زمانہ میں جب کہ آج کل کے نسبت سواری اسب کا رواج زیادہ عام تھا، یہ شریان مابعضی کے انورسما (popliteal aneurysm) کی کثرت وقوع کا باعث تھا۔ اُن نسبت زیادہ عام اسباب میں جو انورسما کے معد ہوتے ہیں، آتشک ایک اہم مرتبہ رکھتی ہے اور غالباً زیادہ بار بھی جو دوران خون کے ذریعہ سے اثر کرتا ہے۔

مرضی تشریح - نتائج کے متعلق مندرجہ ذیل بیان کا اطلاق بالخصوص تاجیک دار قسموں پر ہے۔ ایک نتیجہ خود تاجیک کے اندر کے خون کی ترویج ہے۔ چونکہ ایسا خون راستہ روکے باہر ہوتا ہے، لہذا یہ زیادہ آہستگی سے حرکت کرتا ہے، نیز انورسما کی تاجیک کی نامہواری اس کی ترویج میں مدد ہوتی ہے۔ اس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ شاخ زردی بائل رنگ کی فائبرینی فراہمیوں کی متوالی تہیں تاجیک میں استرنا دیتی یا اسے تقریباً رُک دیتی ہیں۔ اور انہی فائبرینی تہوں سے تاجیک کی کامل پُری ہو جانے سے ممکن ہے کہ انورسما سے مٹوس یا شفا یاب ہو جائیں عرق خاص سے رابطہ جس قدر

آزاد اندر رہے گا، فائبرین بننے کا امکان اُسی قدر کم ہوگا۔ چنانچہ نکلے نما انورسا میں ایسی کوئی فراہمیاں نہیں واقع ہوتیں۔

انورسا کا ایک دوسرا نتیجہ گرد و پیش کے حصوں پر اس کا دباؤ ہے۔ لیکن چونکہ ساجہ بہت بڑی جسامت حامل کر لے۔ ایک انورسا جس کا نمونہ گائزماپٹل (Guy's Hospital) کے عجائب خانہ میں موجود ہے، اور جو محراب اور ملی سے نکلا ہے، اس کا قطرہ لٹخ تھا۔

انورسا کا ایک تیسرا اثر مزف ہے، جو اکثر موت کا سبب ہو جاتا ہے۔ کھوکھلے احشاء اور مصلی کہنوں کے اندر انشعاقات کا وقوع اکثر سرلیج ہلاکت پیدا کر دیتا ہے۔ اتصالی یافت یا مین عضلی نضاؤں میں انشعاقات اکثر نسبت بہت تدریجی اثر پیدا کرتے ہیں اور ممکن ہے کہ جب وہ جراح میں ہوں تو کامیاب علاج کا موقع دیں۔

علامات۔ ان کی تقسیم اس طرح کی جاسکتی ہے، وہ علامات جو تمام انورسوں کیلئے عام ہوتے ہیں، اور وہ علامات جو انورسا کے مقام وقوع پر منحصر ہوتے ہیں۔

307 وہ علامات جو جسم کے ہر حصے کے لئے مشترک ہوتے ہیں یہ ہیں :- (۱) سلمہ۔  
(۲) نبضان۔ (۳) خریر۔ (۴) درد۔ (۵) دباؤ کے دوسرے اثرات۔

## صدری اور ملی کا انورسا

انورسا صدری اور ملی میں سگماؤڈیسنے سیسی مصرعوں سے لے کر ڈانفرام تک کسی بھی حصہ میں واقع ہو سکتا ہے۔ لیکن پہلا اور دوسرا حصہ بیشتر اوقات ماؤف ہوتا ہے اور ان حصوں میں سارے قطرہ کے بے قاعدہ اتساعات سے لے کر حقیقی تاجلی انورسما تک تمام اقسام واقع ہوتے ہیں۔ دونوں صنفوں میں اوسط عمر جس میں حملہ ہوتا ہے ۴۰ سال یا اس سے زرا اوپر ہے۔ یہ مردوں میں نسبت بہت زیادہ عام طور پر واقع ہوتا ہے (عورتوں کی ۶۸ مثالوں کے مقابلہ میں اُن کی ۵۰ مثالیں) (65)۔

علامات۔ یہ بخوبی سہولت تین زمروں میں بیان کئے جاتے ہیں جن کا انحصار انورسا کے محل وقوع اور سمت بالیدگی پر ہوتا ہے۔ لیکن یہ نہیں خیال کر لینا چاہئے کہ ایک خاص علامت پیدا کرنے کے لئے انورسا کو ہمیشہ ایک خاص مقام پر ہی

ہونا چاہئے۔ اور طبعی صاعد کا انورسما جو اکثر اپنے خطاب "انارٹ طبیعیہ والا انورسما" ("aneurysm of physical signs") کو حق بجانب ثابت کر دیتا ہے، اپنے ممر میں پیلیوں اور عظم القفس کو متاثر کرنا ہوا آگے کی طرف بڑھ جاتا ہے اور خود کو بطور ایک دردناک اور الیم یا بعض سلسلہ کے دوسری یا تیسری دائیں بین منطی فضا میں۔ نسبتاً شاذ طور پر دوسری یا تیسری بائیں فضا میں ظاہر کرتا ہے۔ اس پر ایک نرم انکماش خریر سنائی دیتا ہے۔ اس خطہ کا ایک سلسلہ دائیں طرف بڑھ جاتا ہے اور فوقانی ورید اجوف پر دباؤ ڈال کر بازوؤں کا آؤ بیما پیدا کر دیتا ہے، یا وہ دائیں سینہ کے بالائی حصہ میں بڑھ جاتا ہے اور دائیں شش کے بالائی لمحہ کو یا اس کے اندر جانے والے شعبہ کو مضبوط کر دیتا، اور متناظر رقبہ پر آواز تنفس کی کمی اور بعد کے درجہ میں صہیت پیدا کر دیتا ہے۔ بائیں طرف ایک انورسما شریان ریوی کو دبا سکتا، دائیں قلب کا اتساع پیدا کر سکتا، اور بالآخر شریان ریوی کے اندر روا ہو سکتا ہے۔ اور طبعی انورسما شاذ موقوف پر ایک یا دوسری خاص ریوی شاخ کے اندر دائیں بطن کے اندر میں اُذین کے اندر بائیں اُذین کے اندر اور فوقانی ورید اجوف (دوقالی نما انورسما = varicose aneurysm) کے اندر روا ہو گئے ہیں۔ اس طرح کے ارتباطات کی تقریباً تمام اصابتوں میں جب مریض کافی طویل عرصہ تک زندگی گزار چکا ہو، تو ایک خریر خانی دیتا ہے۔ اور بعض اصابتوں میں اس کے نادر صفات یہ ہوتے ہیں کہ وہ ایک مسلسل موج دار خریر ہوتا ہے، جو بظاہر پہلی اور دوسری دونوں آوازوں کو ڈھانک دیتا ہے، اور بالخصوص کرخت، نفی یا گرج دار ہوتا ہے۔ دوسری اصابتوں میں یہ خریر دوہرا، یا صرف انکماش خریر ہوتا ہے۔ اکثر ایک ذبذبہ موجود ہوتا ہے۔ اور طبعی صاعد کے انورسماؤں کا ایک غیر نادر الوقوع انحصار تمام ان کاماء مور کے اندر اشتقاق ہے۔

اور طبعی انورسما کا ایک تشخیصی خاصہ جس کو اہمیت دی جاتی ہے، یہ ہے کہ اس میں اور طبعی دوسری آواز کی استثنائی بلندی پائی جاتی ہے اور اتھ کو یا قسدم چوبی مسامع الصدر پر رکھے ہوئے کان کو ایک دھکے کا احساس ہوتا ہے (انڈسٹالٹی صدمہ یا بائر گشت = diastolic shock or rebound)۔ اس کے برعکس ممکن ہے کہ ایک

انورسما اور لمبی دہنہ میں متداخل ہو جائے اس طرح اور طلی باز روی (aortic regurgitation) پیدا کر دے جس کے ساتھ دوسری آواز غائب ہو جاتی ہے۔

مکمل ہے کہ محراب اور طلی کا انورسما جو اکثر اپنے خطاب ”علامات وانا انورسما“ (aneurysm of symptoms) کہ صحیح ثابت کرتا ہے، اوپر کے طرف تھامہ کردن

تک بڑھ جائے، جہاں وہ ایک نابض سلعہ بنا دیتا ہے اور سسپاتی یا لاسمی شریں کے انورسما سے مشعل شناخت کیا جاتا ہے۔ و باؤ کے اثرات جب وہ موجود ہوں بالخصوص قصیر الری

کے تعلق میں پیدا ہوتے ہیں اور ضررہ اور بڑ پیدا کر دیتے ہیں۔ اور خود سلعہ کی موجودگی علم القص کے بالائی سرے پر احمیت سے اور ایک خری سے ظاہر ہوتی ہے۔ اس مقام پر

ایک بڑا انورسما قبضہ الریہ پر دباؤ ڈال کر سنجہ کو نیچے اور بائیں طرف کھینچ سکتا ہے۔ پھر یہ بھی ممکن ہے کہ یہ انورسما نیچے کے طرف بڑھ جائے اور بائیں شعبت پر دباؤ ڈال کر

وہ طبیعی امارات پیدا کر دے جو بیان کئے جا چکے ہیں (ملاحظہ ہو صفحہ 145)۔ شعبت پر ایاویا قبضہ الریہ کے ساتھ انضمام ایک طبیعی امارت پیدا کر دیتا ہے جسے قصبی کشاکش

(tracheal tugging) کہتے ہیں اور یہ اس وقت ظاہر ہوتی ہے جب کہ مریض یہی کھڑی وضع میں ہو اس کا منہ بند ہو اور ٹھنڈی انتہائی درجہ تک اوپر اٹھی ہوئی ہو۔ طلی غصروف کو انگلی اور انگوٹھے سے پکڑ کر آہستہ سے اوپر اٹھایا جاتا ہے جبکہ طلی کو پکڑنے

والی انگلیوں کو انورسما کا بیضان محسوس ہوتا ہے۔ خفیف کشاکش بعض شدید سست اشخاص میں بھی معلوم ہوتی ہے لیکن نمایاں حرکت ہو تو وہ انورسما کی ایک قابل قدر

علامت ہے۔ اگر انورسما کا دباؤ باز گرد سنجری عصب پر پڑے (جو بائیں شعبت کے گرد لپٹی ہے) تو بائیں جل الصوت کے عضلات مبعثہ کا شلل (abductor paralysis) پیدا

ہو کر ازاں بعد عضلہ مقربہ کا ”شلی تقبض“ واقع ہو جاتا ہے، اس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ وہ جل میزار کے وسط میں آ جاتی ہے، اور ممکن ہے کہ کیقدہ ضررہ اور ایک دوری

ریتی یا سنجی کھانسی (clanging or “brassy” cough) پیدا ہو جائے۔

مکمل ہے اور طلی نازل کے انورسما مری پر دباؤ ڈالیں اور عسل البلع یا غذا کی باز روی پیدا کر دیں یا وہ صدری قتاہ پر دباؤ ڈالیں۔ اگر یہ انورسما نیچے کی طرف بڑھ رہا ہو

تو وہ ریڑھ کی عظمی بافت کو کھالیتا ہے، بین ضلعی اعصاب کو دبا کر شدید درد پیدا

کردیتا ہے اور ازاں بعد جناح کو مبتلا کر کے پافالچ (paraplegia) پیدا کر دیتا ہے۔ اگرچہ فقرات متلاکل ہوتے ہیں تاہم بین فقری غضروف مسلم رہتے ہیں۔ ایسے حالات میں اکثر پیچھے ریڑھ کی ہڈی پر ایک خیر رسنائی دیتا ہے۔ ممکن ہے انورسا جانباً بڑھ جائے، ایسی صورت میں وہ شش کو دبا کر پچکا دیتا ہے اور محدود مقام میں پیدا کر دیتا اور نفسی خری کو غائب کر دیتا ہے۔

کعبری منضوں کی علام

ا مساوات۔ اگر انورسا لاسی

ب شریان یا بائیں زیر ترقوی شریان

کو دبائے یا ان میں سے کسی ایک

ج کے مبداء کے مقام پر ایک رو بہ بنا کر

عرق کو مسدود کرنے تو تناسل نبض

د نسبت کم دباؤ رکھتی ہے اور اس کی

نبض نگاری ترسیم کے اندر ایک

د حلواں ضرب صاعد پائی جاتی

ہے (شکل ام، ا، ب، د)۔

عدم مساوات حدتاً حدقی

لا تساوی = anisocoria

کو عموماً عصب مشار کی کے ریشوں

میں مداخلت ہو جانے کی طرف

منسوب کیا گیا ہے۔ کسی بھی جہات

کے انورسا کے ساتھ لاغری، کھانسی، زور لگانے پر یا دوروں کی شکل میں سہر، اور درد کا پیدا ہونا

عام متلازمات ہیں۔ موت اکثر عضل قلب کے متلازم تغیرات سے (جو اکیلی عروق کی صلابت

کا ثانوی نتیجہ ہیں) واقع ہو جاتی ہے۔ لیکن بعض اوقات وہ ایسے اعضا جیسے کہ مری،

تصبۃ الریہ یا شہرہ پرو باؤ پڑنے اور ان کے منہ جی افعال میں مزاحمت ہونے کی وجہ سے

واقع ہو جاتی ہے۔ یا شش پر دباؤ پڑنے اور اس میں التهابی اور عفونی اعمال کی وجہ سے

شکل ام۔ نبض نگاری ترسیم۔ ۱۔ ایک مریض میں جس میں

انورسا لاسی شریان کو دوبارہ متادائیں نہیں گہری

ج۔ اسی مریض میں بائیں نبض کعبری۔ ج۔ زیر ترقوی شریان

کے پچکاؤ میں نبض کعبری۔ د۔ انورسائی شریان، جو

طبی ترسیم ظاہر کرتی ہے۔ دباؤ چھ اہ منس۔

1. 2. 3. 4.

1. 2. 3. 4.



الف اورطی کا تپکلی اینوسٹا۔



ب مرض ہاجکن جس میں اسٹاپوزا ہو گیا ہے۔ (شعاع گشتیں مسٹر

انڈس سے لاک نے لی ہیں)



یابا آخر تاج کے انشعاق اور نرف کا وقوع یا تو خارجاً جلد کی راہ سے، یا مری یا تا مور یا پٹیورائی تاج کے اندر ہو جانے کی وجہ سے۔  
 تشخیص - علامات اور طبی امارات پر غور و فکر کرنے سے ممکن ہے کہ اورطی انورسا کی تشخیص کا کچھ ایسا ہو۔ لیکن آخری تشخیص ہمیشہ لاشعاعوں کے ذریعہ سے کرنی چاہئے (ملاحظہ ہو صفحہ ۱۵ الف)۔

ایک انورسا اور وائیں قلب، شریان ریوی یا ورید اجوف کے درمیان ارتباط کی موجودگی کی تشخیص اکثر مشکل ہوتی ہے۔ حتیٰ کہ انشعاق کے وقوع کا وقت بھی ہمیشہ شناخت میں نہیں آسکتا۔ بعض اصابتوں میں بہز راق اور استقائے شکمی میں دفعت زیادتی ہو جاتی ہے۔ سب سے زیادہ متمیز امارت وہ مد و جزری خریر ہے، جو انکماش و انبساط دونوں کو حاوی ہوتا ہے، اور اس خریر سے مشابہ ہوتا ہے جو مفتوح قفاۃ شریانی کی مثالوں میں سنا جاتا ہے۔ لیکن یہ نصف نے کم اصابتوں میں موجود ہوتا ہے۔

انذار - عضلہ قلب کی حالت کا لحاظ کرنا ضروری ہے۔ تمام صدی انورساؤں میں، بشمول عدید انورساؤں کے، زندگی کی اوسط مدت ان کے شناخت ہونے کے بعد ڈیڑھ سال اور دو سال کے درمیان ہے۔ لیکن وسطی (median) مدت اس سے بہت کم ہوتی ہے یعنی ۱۲ مہینے۔ بالفاظ دیگر اکثر مریض ۱۲ مہینے کے اندر مر جاتے ہیں، اور اوسط مدت کو وہ مریض بڑھاتے ہیں کہ جن میں زندگی اطالت پذیر ہو جاتی ہے۔ اس بیان کا اطلاق مردوں اور عورتوں پر ہوتا ہے۔ واعد انورسموں کی صورت میں زندہ رہنے کی مدت، عمر کے ساتھ ساتھ بڑھتی جاتی ہے، لیکن جب انورسے عدید ہوں تو معاملہ اس کے برعکس ہوتا ہے (65)۔

علاج - سینہ کے انورسا کا علاج عموماً مندرجہ ذیل پر مشتمل ہوتا ہے: (۱) آرام و سکون۔ (۲) تحدید غذا۔ (۳) دافعات درد اور ممکنات کا استعمال۔ (۴) آیوڈائیڈ آف پوٹاشیم۔ بعضوں کی رائے ہے کہ مریض کو بستر میں لیٹے ہوئے رکھ کر کلی طور پر آرام لینا چاہئے اور اسے کسی وجہ سے بھی اٹھ کر بیٹھنے یا کھڑے ہونے کی اجازت ہرگز نہ دی جائے۔ لیکن اس طریقہ عمل کی خوبی نہایت مشتبہ ہے، بالخصوص اس لئے کہ بہت سی اصابتوں میں بالآخر عضلہ قلب کے تغیرات موت کا باعث

ہو جاتے ہیں۔ تاہم نہایت زیادہ ورزش سے محترز رہنا بہت اہم ہے۔ ٹنفنیل (Tufnell) نے جو کلی آرام و سکون کا بڑا حامی تھا، ایسی غذا دینے کی سفارش کی جس میں روزانہ ۱۱ اونس جامدات، (معموم ۳ اونس گوشت) اور ۸ اونس سیال تین وقت کے کھانوں میں تقسیم کر کے دئے جاتے تھے۔ لیکن یہ غذا نہایت صبر آزما ہوتی ہے اور چند ہی مریض اسے لینے پر راضی ہوں گے۔ افیون یا مارفیا عموماً تخفیف درد، نیند لانے، یا بیچینی رفع کرنے کے لئے دیا جاتا ہے، لیکن دوسرے مسکنات بھی کارآمد ہو سکتے ہیں مثلاً پرومائیڈ آف پوٹاسیم کلورل پیرالڈی، یا ملفونل۔ بیلادونا کے الساقاٹ یا سردی یا فصد کے ذریعہ اختوار اسانخون نکالنے سے بھی درد میں تخفیف ہو سکتی ہے۔ معلوم ہوتا ہے کہ آیوڈائیڈ آف پوٹاسیم اور سما میں تروییب خون پر خاص اثر رکھتا ہے، کیونکہ اس کے استعمال سے باوجود یکہ غذا میں کوئی تحدید نہ کی گئی ہو، نبضان اور درد میں کمی ہو کر مریض کی حالت میں بہت اصلاح واقع ہو جاتی ہے۔ اسے برصی ہوئی معادوں میں روزانہ ۴، ۹، یا ۱۰ آگرن تک دینا چاہئے۔ کولٹ (Colt) نے انورسما میں "سارو داخل کرنے" کا ایک سادہ طریقہ ایجاد کیا ہے۔ جلد کو عذیم الحس کرنے کے بعد تاجہ میں ایک قنولچہ اور ایک مبرزل داخل کر دیا جاتا ہے۔ اگر خون کا آزادانہ بہاؤ ہو تو ایک طرف (container) میں تاروں کا ایک ملا ہوا سلسلہ قنولچہ کی راہ سے داخل کیا جاتا ہے، اور تاجہ میں داخل ہونے کے بعد یہ تار ایک چھتری کی صورت میں کھل جاتے ہیں اور خون کی جمید واقع کرتے ہیں۔ ٹھیوڈور ٹامسن (Theodore Thompson) نے نہایت ہی حیرت انگیز کامیابی کی اطلاع دی ہے، لیکن دو تین امابنوں میں راقم الحروف نے یہ پایا ہے کہ نہایت ہی نمایاں طور پر تمد و پذیر نبضان کے باوجود تاجہ سے بالکل خون نہیں نکلتا۔

## شکلی انورسما

امراضیات۔ اس کا معمولی محل وقوع ڈائفرام اور فوقانی ماساریقی شریان کے مبداء کے درمیان ہے، اور وہ اکثر محور شکلی (coeliac axis) کے مبداء کو ماؤف

کرتا ہے۔ دورانِ بالیدگی میں ممکن ہے کہ وہ متصلاً اعتناء سے مداخلت کرے اور ویدیا جو ف کو دبائے یا فقرات کو متکمل کرے۔ فوقانی ماساریتی کے یا حرقی شریانات کے انورسا نسبت کم عام ہوتے ہیں، اور یہاں اُن پر خاص طور پر غور نہیں کیا جائے گا۔

**علامات** - حسب ذیل ہیں :- درد، ایک نابض سلمہ کی موجودگی جس پر خیر ہو، اور بعض اوقات دباؤ کی امارات۔ دسرا دشکم کے اندر ہوتا ہے، اکثر شدید اور نوعیت میں دوری یا وجع العصبی (neuralgie) ہوتا ہے، اور بن ران یا پشت کے اندر ہر طرف تشعشع کر سکتا ہے۔ سلمہ، قدرتی طور پر مقام ضرر کے لحاظ سے مختلف ہوتا ہے وہ شریانی خط میں، خط وسطی میں یا قدرے دائیں طرف کو ہوتا ہے۔ وہ گلوبوچنا یا بیضوی، نابض اور تمدد پذیر ہوتا ہے، اور ڈانفرام کے حرکات سے بالکل متاثر نہیں ہوتا یا شاید ہی متاثر ہوتا ہے۔ عموماً اس پر ایک انکماش خیر سنا جاسکتا ہے۔ سوائے درد کے دوسرے امارات عام نہیں، کیونکہ مختلف اعضا اس کے تقدم پر آسانی ہٹ جاتے ہیں۔ اوسط عمر کہ جس میں مرض کا آغاز ہوتا ہے، مردوں میں ۳۶ سال ہے، اور انورسا کی مدت ۸ اہینے ہے، اور وسطی مدت ۱۲ اہینے۔ موت کا وقوع عموماً پس باریطونی بافت کے اندر یا باریطون میں یا کھوکھلے احشاء میں سے کسی ایک حشاء کے اندر تاجہ کے اشتقاق سے ہوتا ہے۔

**تشخیص** - عورتوں میں شکم کا جس کرنے پر طبعی اور ملی کا نبضان نہایت عام طور پر محسوس ہوا کرتا ہے، بالخصوص اگر ان کی دیوار شکم کے عضلات کمزور ہوں۔ ناخجور ام سے اکثر غلطی سے شکلی انورسا سمجھ لیتے ہیں۔ شکلی انورسا کو اور ملی کے سامنے واقع ہونے والے سلمات سے بھی ممیز کرنا چاہئے، بالخصوص سرطان معده (carcinoma of

310

the stomach) اور نسبت کم عام طور پر ماسرا کے سرطان سے، جن میں تندرست اور ملی کا نبضان منتقل ہو جاتا ہے۔ اور ملی پر کے سلمات جانبا نہیں پھیلنے، اور اکثر شکل میں ناہموار یا گریک دار ہوتے ہیں۔ بعض اصابتوں میں جب مریض کو آوندھایا اس کے ہاتھوں اور گھٹنوں کے بل اس طرح رکھا جاتا ہے کہ سلمہ اور ملی سے دور گر جاتا ہے تو یہ نبضان موقوف ہو جاتا ہے۔ گہرا سانس لینے پر سرطان معده اپنی جگہ سے زیادہ ہٹ جاتا ہے اور انورسا اتنا نہیں ہٹتا۔

**علاج** - یہ انہی امول پر ہونا چاہئے جو صدری انورسا کے عنوان کے تحت

بتائے گئے ہیں۔ لیکن بعض اوقات شکلی انورسا ایک ضابطہ (tourniquet) کے ذریعہ قریب یا بعدی انضاط سے یا دوسرے جراحی ذرائع سے علاج پذیر ہوتا ہے۔ شکم شکافی کے دوران میں کولٹ (Colt) کے مار دھل کئے جاسکتے ہیں۔

## اورطی کا پیدائشی تضایق

(congenital coarctation of the aorta)

یہ حالت اس لئے شاذ ہے کہ اس کو شاذ طور پر تشخیص کیا جاتا ہے۔ اس میں تنفہ شریانی کے ساتھ اتصال کے مقام پر اور بائیں زیر ترقوی شریان کے مبداء سے ذرا آگے، اور طلی کی ضیق یا کامل انطاس ہو جاتا ہے۔ اگر ایسا بچہ زندہ رہے تو اس کے دھڑ اور جوارح زیرین کے دوران خون کو اس طرح مدد ملتی ہے کہ ایک طرف تیز رفتاری اور اعلیٰ شرائین کی شاخوں کے درمیان اور دوسری طرف صدی شرائین (thoracic arteries) اور شرائینی شرائین کے درمیان تنعم ہو جاتا ہے۔ تنعم کرنے والی شرائین خون کی مطلوبہ مقدار لے جانے کے لئے بہت زیادہ بڑی ہو جاتی ہیں اور بڑی بڑی پیچیدہ نالی بعض عروق بنا دیتی ہیں جو بالخصوص عظم الکثف کے ظہری کنارے کے ساتھ ساتھ اور ایک زاویہ پر نیز دیگر مقامات پر محسوس کی جاسکتی ہیں۔ فشار خون بلند اور قلب بیش پروردہ ہوتا ہے اور یہ خون کو اس تنگ فتحہ کی راہ سے دھکیلتے ہیں۔ اتساع نہیں ہوتا۔ لاسٹائٹ ضلی کناروں پر تنوع شریانی تنمات کے دباؤ سے پڑے ہوئے انحنافات ظاہر کرتی ہیں لیکن ہے تنوع پستانی شریانوں کی وجہ سے عظم القص کے جوانب میں انکماش خیرات ہوں مکن ہے کہ شکلی اور طلی اور عرقنی اور فخذی عروق نبضان سے متراہوں یا ان میں صرف خف ما نبضان ہوتا ہو جس کی وجہ یہ ہے کہ تنگ اور طلی کی راہ سے ان میں خون پہنچنے تک خون کی رو کا زور گھٹ جاتا ہے۔ عضدی اور فخذی شریانات میں فشار خون کا مختلف ہونا ایک مفید تشخیصی نکتہ ہے۔ یہ نامکن نہیں ہے کہ اس حالت میں رہے ہوئے سخت عضلی تنمت کی زندگی بسر کی جائے۔ ناگہانی فشل قلب ہونے کا احتمال ہے تشخیص تمام نوجوان موضوعوں میں کہ جن میں مواعظ بلند فشار خون ہو، فخذی شریانات کو جس کرنے اور عظام الکثف کے گرد تنمات کو تلاش کرنے پر مضمحل (61)۔

## مرض ریناؤڈ

(RAYNAUD'S DISEASE)

یہ عارضہ جسے پہلے پہل ریناؤڈ نے ۱۸۶۲ء میں جواج کے مقامی احتناق اور تشاکل گنگرین کے نام سے بیان کیا نسبتاً بچھوٹے شرائین عموماً اصبعی شرائین کے ایک شعبی مقامی انقباض کے باعث ہوتا ہے جس کی وجہ سے ماؤف حصوں کے دوران کی تعویق یا ایقان واقع ہو جاتا ہے۔ اب تک ریناؤڈ کے مرض کا سبب و عاخر کی تشخیص ہی سمجھا گیا تھا اور مشار کی زنجیر کے بعض حصوں کے استیصال سے اس مرض میں مختلف درجہ کی تخفیف حاصل ہوئی تھی۔ قیاساً ایسا شنج، معافی رکود سے ثانوی طور پر پیدا ہوتا ہے جو تقریباً ہمیشہ موجود ہوتا ہے اور آئین ہارن کے اثنا عشری انہوبہ (Einhorn's duodenal tube) سے آنتوں کی تعمیل کرنے سے علامات دور کئے جاسکتے ہیں۔ مزید برآں یہ کہ مزمن قبض کی شکایت رکھنے والے اشخاص اکثر اچھا پلو کے ٹھنڈے پڑ جانے کی شکایت کرتے ہیں۔ لیکن اب تازہ مشاہدات کی بنیاد پر دعویٰ کیا جاتا ہے کہ شرائین بلا واسطہ ماؤف ہو جاتے ہیں اور یہ کہ و عاخر کی نظام محض ایک ثانوی حیثیت سے حصہ لیتا ہے (16) اگرچہ اس کے متعلق پھر شبہ کیا جا چکا ہے (70)۔

اسباب - یہ مردوں کی نسبت عورتوں میں بہت زیادہ اکثر الوقوع ہوتا ہے اور ابتداً عام طور پر پندرہ اور تیس سال کی عمر کے درمیان حتیٰ کہ بچپن میں بھی دیکھا جاتا ہے۔ سردی اور جذباتی اختلال اس کے اسباب مہیجہ ہیں۔ بہت سے مریض نازک یا عذیم الدم، عصبی یا ہسٹریائی مزاج رکھنے والے ہوتے ہیں، لیکن بعض ایسے معلوم ہوتے ہیں گویا وہ وقوع مرض سے پہلے تک اچھی صحت میں تھے۔ مرض ریناؤڈ کے ساتھ ہیوگلوبین بولیت (haemoglobinuria)، التهاب اعصاب محیطی (peripheral neuritis)، اور مختلف جلدی ثورات، بالخصوص صلابت جلد (sclerodermia) یا صلابت انگشت (sclerodactylia) پائے گئے ہیں۔ آخر الذکر حالت میں انگلیوں کی جلد موٹی، چکنی اور چکدار ہو جاتی اور بالآخر بول ہو جاتی ہے۔

علامات - دوران حملہ میں جو سردی یا جذبات کی وجہ سے یا خود بخود نہ دار ہو سکتا ہے، ایک یا زائد انگلیاں سرد، سن اور دردناک ہو جاتی ہیں۔ ان کا رنگ یا تو سپید (مقامی عشیان) یا نیلگوں یا نل سپید، بنفشی، سلیٹ کے رنگ کا، حتیٰ کہ سیاہ (مقامی اختناق) ہوتا ہے۔ جب انگلیاں نیلی ہوتی ہیں تو انھیں دبانے سے ایک سپید و صعب پیدا ہو جاتا ہے، جو اپنا سابقہ نیلا رنگ صرف آہستہ آہستہ ہی پھر حاصل کرتا ہے۔ جارحہ کا متصلہ حصہ اکثر کسی قدر سوجا ہوا ہوتا ہے، اور اس سے اوپر تھوڑے فاصلہ تک جارحہ میں ایک کبود قریریت پیدا ہو جاتی ہے۔ یہ حالت چند منٹ سے لے کر کئی گھنٹوں تک قائم رہتی ہے۔ شفا یابی کے ساتھ ساتھ جھنجھناہٹ اور جھن محسوس ہوتی ہے، اور کبودی بتدریج پہلے قرمز اور بالآخر قدرتی گلابی رنگ میں بدل جاتی ہے۔ حملہ کی شدت کے دوران میں شریانی رسد تمام تر موقوف ہو جاتی ہے، چنانچہ نیلے رنگ کی کمی بیشی کا انحصار خون کی اس مقدار پر ہوتا ہے جو عروق شریہ اور چھوٹی وریدوں میں باقی رہ جاتا ہے۔ مردہ انگلیاں (dead fingers) جو بہت سے طبعی اشخاص میں تکشف (مثلاً دیر تک نہانے) کے بعد پیدا ہو جاتی ہیں اور بعض اوقات پالا گناؤ (frost-bite) کی حد تک پہنچ جاتی ہیں مرض ریناؤ کی مثال نہیں ہیں۔

سخت ترین درجہ وہ حالت ہے جسے متشاکل گنگرین (symmetrical gangrene) کہتے ہیں۔ ایک ایسے حملہ کے دوران میں جیسا کہ اوپر بیان کیا گیا ہے، انگلیوں پر مصلیٰ قیمی سیال سے بھرے ہوئے آبلے بن کر پھوٹ جاتے ہیں اور ان کے پھوٹنے کے بعد چھوٹے قرعے رہ جاتے ہیں جو کبودی کے رعب ہو جاتے۔ ان کے بعد مندل ہو جاتے ہیں۔ اس عمل کے مکرر ہونے پر ممکن ہے کہ آؤف حصے بہت سے چھوٹے چھوٹے جذبات بن جائیں اور انگلیاں ایک جھری دار پیکھا ہوا چمڑے کی جھلی جیسا منظر اختیار کر لیتی ہیں۔ ممکن ہے کہ جلد کے چمکے آتر جائیں اور ناخن جھڑ جائیں۔ دوسری اصابتوں میں ہاتھ اور پاؤں کی انگلیاں، آبلوں یا نفیض کے بنے بغیر سیاہ، جھری دار اور گنگرینی ہو جاتی ہیں، اور چند ہفتوں کے عرصہ میں جلد کی ایک اوپری تہ حتیٰ کہ زیادہ گہری بافتوں کا کچھ حصہ غشیہ بن کر علیحدہ ہو جاتا

ان شدید اصابتوں میں جو نمایاں ترین علامت موجود ہوتی ہے وہ دوری نوعیت کا شدید درد ہے جو دوسرے جراح میں بھی تشق ہو جاتا ہے۔ نبض تپلی اور غلط پذیر ہو سکتی ہے، لیکن ہمیشہ محسوس ہوتی ہے اور مریض کی عام صحت حیرتناک طور پر کم متاثر ہوتی ہے۔ ہاتھوں کی انگلیوں کی طرح پاؤں کی انگلیاں بھی ماؤف ہوتی ہیں اور کبھی کبھی ان سے پہلے ہی ناک اور کان گہود ہو سکتے ہیں لیکن اکثر ان کا اثاثہ نہیں ہوتا۔ یہ حیرت انگیز ہے کہ جب قروح مندل ہو جاتے ہیں تو بہت کم انداب اُتی رہ جاتا ہے۔

اس کے علاوہ ہفتوں یا مہینوں کے وقفوں سے ہوتے ہیں اور بعض اصابتوں میں خفیف کمر محلوں کے بعد انگلیاں ایک مستقل سن اور جھری دار حالت میں رہ جاتی ہیں۔

**تشخیص**۔ شینوخی گنگرین کی شناخت ان امور سے ہوتی ہے:۔ مریض کی عمر نیز اس میں گنگرین ایک ہی جرح اور عموماً جرح زیریں کو ماؤف کرتی ہے اس کا ممر ترقی پذیر ہوتا ہے اور جرح کی شریان کی حالت مرض زدہ ہوتی ہے۔ خصرہ (chilblains) مقامی اختناق سے کسب قدر مشابہت ظاہر کرتی ہے اور ممکن ہے کہ اس کی امراضیات بھی شامل ہو۔ اس کا وقوع سردی کے واضح کشف سے ہوتا ہے۔

**اِنداز**۔ یہ مرض مہلک نہیں ہوتا اور علاج سے بہت فائدہ حاصل ہو سکتا ہے۔

**مرض ریٹاڈ کا کارگر علاج** یہ ہے کہ آنٹوں کو مقررہ وقفوں پر جسمانی پیش والے عقیم مالچ کے دم و فی صدی محلول کے ۴ تا ۱۰ پانٹ سے، ایک اٹنا عشری انوبہ کے ذریعہ سے دھارا جائے جس سے غرض یہ ہے کہ غذائی قنال کے مافیا کو دھو کر خارج کر دیا جائے۔ متبادلاً ہر صبح کو اسی محلول کے ۲ پانٹ پی لئے جائیں۔ (پریگ کے) ٹامینک (Tominek) نے طبی مالچ کے اندر ریڈیم کے فوجہ کے دروں ویدی اثرا بات کی سفارش کی ہے۔ مقامی تدابیر یہ ہیں:۔ ہاتھ پاؤں کو گرم رکھا جائے۔ فزک جو ایاتی طریقوں (hydrological methods) جیسے کہ متبادل

گرم اور سرد نطولات کے ساتھ مزوج کی جاسکتی ہے۔ بلند تو اتر دو (high frequency) اور برقی حرارت رسانی (diathermy)۔ مفید ترین ادویہ آئیوڈین اور درقیہ ہیں۔ موسم سرما میں مریض کو گرم آب و ہوا میں منتقل کر دینا مناسب ہو سکتا ہے۔

## التهاب الوريد

(PHLEBITIS)

وریدوں کے التهاب یا التهاب الوريد کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ دیواریں دبیز ہو جاتی ہیں اور ان میں خون کے سپید خلیوں کی درریش واقع ہوتی ہے جو ممکن ہے کہ اس کثرت کے ساتھ ہو کہ طبعوں کا حقیقی نتیجہ پیدا ہو جائے۔ ورید کے بٹانہ اور ظہارہ کا التهاب ظاہر کرنے کے لئے علی الترتیب دسروں وریڈی التهاب (endophlebitis) اور گرد وریڈی التهاب (periphlebitis) کی اصطلاحیں استعمال کی گئی ہیں۔ گرد وریڈی التهاب، ورید کے باہر کسی التهابی مرکز کے تماس سے یا تضری کی وجہ سے پیدا ہو جاتا ہے۔ وروں وریڈی التهاب زیادہ اکثر خود ورید کے اندر خون کی علقیت یا ترویب کے نتیجہ کے طور پر شروع ہو جاتا ہے۔ یہ علقیت یا ترویب مختلف اسباب سے واقع ہو جاتی ہے (ملاحظہ ہو علقیت)۔ ممکن ہے کہ تھکاوڑ یا دیوار سے چسکا رہے، اور ساتھ ہی اس کا تضریہ واقع ہو کر ورید بالکل مطمئن ہو جائے یا اس کے برعکس ممکن ہے کہ تھکے کے اندر راستہ بن کر اس کے اندر سے دوران خون پھر قائم ہو جائے۔ دوسری اصابتوں میں وہ نرم ہو کر ایک ریم نما مایع بن جاتا ہے۔ گرد وریڈی التهاب اندر پھیل کر خود علقیت پیدا کر سکتا ہے۔ اس کے برعکس ممکن ہے کہ ورید کے گرد کی بافت میں پھوڑے بن جائیں۔ مہاجر علقی وریڈی التهاب (thrombophlebitis migrans) ایک حالت ہے جو کہ حالیہ سالوں میں زیادہ مکرر سے تشخیص کی گئی ہے۔ اس میں جسم کے مختلف حصوں کی اور اعشار کی وریڈوں پر حملہ ہوتا ہے۔ غالباً ضرر اس کسی عرونی مرکز سے پیدا ہوتے ہیں۔ (ادب کے لئے ملاحظہ ہو 64)۔



**علامات** - التباب اورید میں ماؤف عرق کے ممر میں سد اور الیمیت ہوتی ہے اور اگر کسی اور پری ورید کا التباب ہو تو سطح پر بھی کچھ سسرخی پیدا ہو جاتی ہے۔ ورید ایک بھری ہوئی سخت رستی کی طرح محسوس کی جاسکتی ہے اور اس مقامی مرن کے ساتھ کسی قدر عمومی ردّ عمل بھی موجود ہوتا ہے۔ گرد و پیش کی بافت کے سخت ہو جانے جلد کی سرخی اور اذیمیا اور بالآخر متوج سے پھوڑوں کی تکرین ثابت ہوتی ہے۔ علقہ کے ٹوٹنے پھوٹنے اور اس کے ذرات کے منتقل ہونے کے ثانوی نتائج بعد میں بیان کئے گئے ہیں۔

**علاج** - التباب اورید کا علاج یہ ہے کہ ماؤف حصہ کو کلی آرام دیا جائے اور وہ میں کمی کرنے کے لئے گرم تکیدات استعمال کریں یا گلیسرین اور بیلاڈونا لگائیں اور اگر ضرورت ہو تو اسی غرض کے لئے افیون کے مرکبات بھی استعمال کریں۔ علقہ کے ٹوٹ کر جب ا ہو جانے کا خطرہ ہمیشہ پیش نظر رکھنا چاہئے (ملاحظہ ہو علقیّت اور سد ادیت)۔ اگر پھوڑے بن جائیں تو شکاف کے ذریعہ سے پیپ کو نکالنے کی ضرورت ہوگی۔

## علقیّت اور سد ادیت

(THROMBOSIS AND EMBOLISM)

علقیّت کی اصطلاح کا اطلاق خون کی اس تردیب پر کیا جاتا ہے جو زہد و ق کے اندر (خواہ شرائین میں خواہ وریدوں میں) یا قلب کے کہنوں میں واقع ہوتی ہے۔ اور خود تھکے کو علقہ کہتے ہیں۔

سد ادیت سے مراد تھکے کے کسی حصے کا یا کسی دوسری شے (سلحات کے ذرات، طفیلیات، شحمی گلوبول) کا دوران خون کے ایک حصے سے دوسرے حصے میں منتقل ہونا اور پھر ایسے عرق میں پہنچنا جو اس کے آگے بڑھنے کے لئے بہت زیادہ تنگ ہو اور وہاں مغرور ہو جانا ہے۔ سد ادیت کا وقوع نظامی دوران خون کے محیط کو جانے والی شرائین میں نظامی وریدوں اور پھیپھڑوں کو جانے والی ریوی شرائین میں نیز مگر کو جانے والی بانی ورید میں ہو سکتا ہے۔ منتقل شدہ ذرے کو سد اد کہتے ہیں۔

فائبرین کی تکوین کی ان حالتوں کے علاوہ جو عموماً تروییب پیدا کر دیتی ہیں۔ طہقیت کی پیدائش میں دو اور اہم عوامل کارفرما ہوتے ہیں جو یہ ہیں: (۱) خون کی روکی غیر معمولی نسبت رقتاری خواہ کھٹی ہوئی قلبی قوت کی وجہ سے، یا عرق میں مقامی تسد کی وجہ سے، یا خون کی لزوجیت کی زیادتی کی وجہ سے، اور (۲) متعلقہ عرق یا کہنہ کی استری بھلی کا کوئی مضر یا اس پر کوئی بے قاعدگی۔ لیکن اس کا اعتراف ضروری ہے کہ اکثر اوقات ساری عوارض (جن میں خرد عضویات یا ستمیات کا حصہ ہو سکتا ہے) اور صحت کی وہ حالتیں جو نفرس میں اور نفاسی حالت (puerperal state) میں موجود ہوتی ہیں، طہقیت کے ساتھ نہایت قریبی تعلق رکھتی ہیں۔

چنانچہ ہم دیکھتے ہیں کہ قلب میں خون کی تروییب اس کے طہتب مصرعوں پر ہوتی ہے، یا اس کے کہنوں کے اندر ہوتی ہے جب کہ یہ متع ہوں یا انتہائی کمزوری کے ساتھ منقبض ہوتے ہوں۔ عروق میں اس کی تروییب اس وقت ہو جاتی ہے جب کہ ان کی دیواریں متضرر ہوں، یا جب وہ عنونی یا گنگرینی اعمال سے متاثر ہوں۔ شرائین میں تروییب بالخصوص اس وقت ہوتی ہے جب کہ ان کی دیواروں میں آتشکی یا تھیروائی ضربات ہوں، یا وہ انورسانی اتساعات میں مبتلا ہوں۔ وریڈوں میں تروییب اس وقت ہوتی ہے جب کہ دباؤ کی وجہ سے ان کے خون کی روست پڑ جائے، یا جب کہ مختلف ساری، صغنی اور عدم دمویتی عوارض کے موضوعوں میں خیف ترین مقامی احتلال موجود ہو۔ اس عمل میں پہلا قدم اکثر یہ معلوم ہوتا ہے کہ مقام نمین پر صحیفات دموئیہ کا اجتماع ہو جاتا ہے، اور اداں بعد سپید غلیجے جمع ہو جاتے ہیں یا فائبرین بنتی ہے۔ ایک عرق کے اندر خون کی تروییب کا اثر قدرتی طور پر یہ ہوتا ہے کہ اس میں ایک تسد پیدا ہو جاتا ہے، اور اس لحاظ سے کہ یہ تروییب شریان کے اندر ہے یا وریڈ میں اس تسد کے اثرات جداگانہ ہوں گے۔ جب رُوبہ ایک بار بن جاتا ہے تو اس کے اوپر اور نیچے دوران کرنے والے خون سے فائبرین کے مزید جماؤ حاصل ہوتے رہتے ہیں جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ یہ طہقہ نسبتاً بڑھے اور زیادہ بڑے عروق میں پھیلتا جاتا ہے۔ جب رُوبہ پہلے پہل بننا ہے تو وہ نرم ہوتا ہے اور وریڈوں کو بھردیتا ہے لیکن ممکن ہے کہ کچھ عرصہ کے بعد وہ سکر جائے اور اس طرح دورانِ خون کو از سر نو جاری ہونے دے لیکن رُوبہ کا اختتام ہمیشہ ایسا موافق نہیں ہوتا۔

علقہ عموماً کسی قدر دروں شریانی التهاب (endarteritis) مادروں وریڈی التهاب (endophlebitis) پیدا کر دیتا ہے، عرق کی دیوار کے ساتھ آئس کا انفمام واقع ہو جاتا ہے، اور بالآخر اس تحکے کا تقضیہ واقع ہو کر عرق کا بجھری متعل طور پر ملموس ہو جاتا ہے۔ دوسری اصابتوں میں ممکن ہے کہ عفونی خرد عفویہ رو بہ کو توڑ پھوڑ کر ایک ریم نمایاں ٹاویں جس میں جمات ریم خرد بقیات اور باریک ذراتی ریزے ہوتے ہیں۔ قلب اور وریڈوں میں علیقت ہونے کا ایک اہم نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ رو بہ سے ریزے ٹوٹ کر دوران خون کے دوسرے حصوں میں منتقل ہو جاتے ہیں۔ پھر وہ سدا ۱۵ بن جاتے ہیں، جیسا کہ اوپر بیان کیا گیا ہے۔ نتائج ابتدائی علقہ کے مقام وقوع اور آئس کی نوعیت کے لحاظ سے مختلف ہوتے ہیں۔ وریڈی علقوں سے چونکہ ٹوٹے جاتا ہوتے ہیں وہ خون کی رو کے ذریعہ سے دائیں آڈین میں اور وہاں سے دائیں بطن میں اور شریان ریوی میں پہنچ جاتے ہیں اور اپنی جمات کے لحاظ سے وہ اس شریان کو یا تو بالکل آئس کی ابتدا میں یا جرم شش کے اندر سدا د کر دیتے ہیں۔ قلب کے دائیں جانب میں کے علقات بھی اسی طرح شریان ریوی کی سدا دیت پیدا کر دیں گے۔ لیکن اور طی یا مطرانی مصراعات پر کے یا دائیں آڈین کے اندر کے علقات، داغ، طحال، گردوں یا جوارح میں یا اور کسی مقام پر نظامی شریان کی سدا دیت پیدا کر دیں گے۔

اگر سدا دیت کے بعد مجانب دوران خون فی الفور قائم ہو جائے تو اس کا نتیجہ مدود عرق کے رقبہ کے اندر کی بافت کی موت ہے۔ بافت کے اس طرح متاثر شدہ حصے کو مفعمہ (infarct) کہتے ہیں۔ بعض اعضاء مثلاً جگر میں عروق کا نفم اتنا کامل ہوتا ہے کہ وہاں منفات کبھی نہیں بنتے۔ لیکن دوسرے اعضاء میں، گو وہاں کچھ منفات موجود ہوتے ہیں تاہم وہ ایک حصے کے تغذیہ کے لئے کافی نہیں ہوتے۔ اس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ جب ایک شریان مدود ہو جاتی ہے (جو اس مثال میں معلوم ہے کہ وظیفی منتھائی شریان) تو ایک منمہ بن جاتا ہے۔ وہ عموماً اعضاء میں عموماً مخروطی شکل کا ہوتا ہے، لہذا تراش قطع کرنے پر وہ مثلثی یا فائز شکل ہوتا ہے۔ اور جیسا کہ بعد الحات دیکھا جاتا ہے، وہ سخت یا نرم ہوتا ہے، اور رنگ میں سپید یا زردی مائل سپید (سپید مفعمہ = white infarct) یا سیاہی مائل سرخ ہوتا ہے

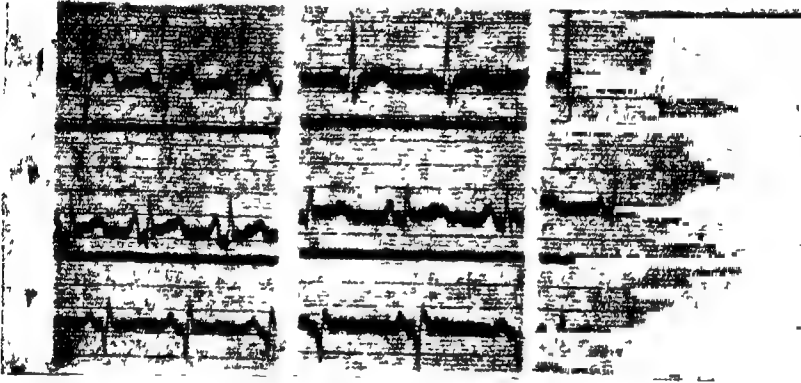
(نزفی یا سنج مفعولہ = haemorrhagic or red infarct) - سپید مفعولہ جو عموماً گردے اور قلب میں پایا جاتا ہے اس میں جو تغیر واقع ہوتا ہے وہ قرویہی تغیر ہے۔ بافت اپنی دموی رسد سے معزاً ہو کر گرد و پیش کی زندہ بافت کا لطف اس میں نفوذ کر جاتا ہے اور اسی میں ترمیمی تغیرات واقع ہوتے ہیں۔ اس کے گرد اگر دیش دمویت اور نزف کا ایک تنگ منطقہ پایا جاتا ہے۔ اگر ترویہ پذیر مادہ کافی ہو تو مفعولہ سخت ہوتا ہے جیسا کہ گردے اور طحال میں دیکھا جاتا ہے۔ اگر وہ نسبتاً کم وافر ہو تو مفعولہ نسبتاً نرم ہوتا ہے جیسے کہ دماغ میں۔ نزفی مفعولہ میں بھی ابتدائی عمل قرویہی تغیر کا ہوتا ہے لیکن اس میں کم و بیش کامل نزف کا اضافہ ہو جاتا ہے جو سرخ حیات کے پار جست (diapedesis) کے ذریعہ سے ہوتا ہے یا تو اس وجہ سے کہ (۱) خاص شریانی شاخ کی سدودی کے مد شریانی تنہات تغیری رقبہ کے اندر دوران خون ہونے دینے کے لئے کافی ہوتے ہیں یا اس وجہ سے کہ (۲) جیسا کہ شش اور آنت میں ہوتا ہے جہاں مفعولہ ہمیشہ نزفی ہوتے ہیں ہوا کی موجودگی کے باعث شعری دیواریں بے سہارا ہوتی ہیں اور جب قلت تغذیہ کی وجہ سے ان کی استری جمعی کے خلیات مردہ ہو جاتے ہیں تو خون ان میں سے رس نکلتا ہے۔ امتداد زمانہ کے ساتھ جب دموی لون جذب ہو جاتے ہیں تو سرخ مفعولہ سپید ہو جاتے ہیں۔ گردہ، قلب اور شبکیہ کے مفعولہ عموماً سپید قسم کے ہوتے ہیں۔ طحال اور دماغ کے مفعولہ یا تو سپید یا سرخ ہو سکتے ہیں۔ اگرچہ مفعولہ ابتدائی درجوں میں اکثر کیتھارمورم اور بافتوں کی سطح پر ابھرے ہوئے ہوتے ہیں تاہم بالآخر اگر وہ عفونی نہوں تو وہ سکڑ کر منقبض ہو جاتے ہیں جیسا کہ بالخصوص گردوں میں دیکھا جاتا ہے۔ عناصر میں شمعی انحطاط واقع ہو کر ان کی جگہ اتصالی بافت لے لیتی ہے۔ اگر سدا کی نتیجہ علقہ سے آئے یا خبیث التهاب دروں قلبیہ (malignant endocarditis) سے حاصل ہو تو ممکن ہے کہ اس کے مشمولہ عضویہ مفعولہ میں عفونی اعمال پیدا کریں۔ یہ مرکز میں رہی ہو کر پھوڑے بنا دیتے ہیں جیسے کہ تیغ الدم میں شش کے اندر یا کبھی کبھی خبیث التهاب دروں قلبیہ میں دماغ اور گردے میں ہو کرتے ہیں۔ عفونی سدا اتش شریانی دیوار میں سرایت پیدا کر کے بعض اوقات انفرا ن کے مقام پر شریان کی کمزوری اور اتساع پیدا کر دیتے اور اس طرح سدا دی انفورسما (embolic aneurysm) پیدا

کر دیتے ہیں۔ اگر کسی محیطی حصے (پاؤں، ٹانگ، یا ہاتھ) کی خاص عروق سدود ہو جائے، اور اُسے گرد و پیش کی کوئی زندہ بافت تروییب پذیر ماقے کی رسد نہ پہنچا سکے تو اس کا نتیجہ تروییبی منخر نہیں ہوتا بلکہ گنگوین ہوتا ہے۔

علقیّت اور سادیت کی مندرجہ ذیل شکلیں وہ ہیں جو عموماً شناخت کی جاتی

ہے :-

اکلیلی علقیّت (coronary thrombosis) 'جو قلب کا وقف الذمی تنخر پیدا کر دے۔ ممکن ہے کہ یہ ایک اولی علقیّت ہو یا سادیت کے باعث ہو۔ مریض عموماً

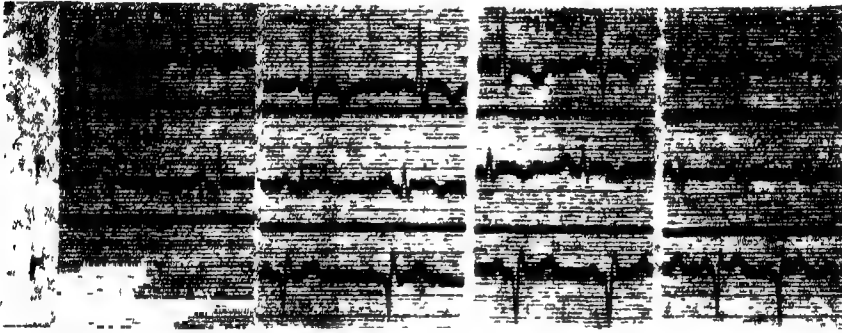


شکل ۴۲۔ برقی قلبی تفسیری تغیرات اکلیلی علقیّت کے (الف) ایک دن، (ب) تین دن اور (ج) سات دن بعد، جن سے پہلی تقویدیں (ا) اور کیتھرائز کے ساتھ دوسری تقویدیں (ن)۔ موج کا بتدریج غائب ہونا اور (الف) میں جم برقی فاصلہ (iso-electric interval) یعنی ہر اورن موجوں کے درمیان کے معمولی افقی خط کی غیر موجودگی ظاہر ہوتی ہے۔

ادھیڑ عمر سے زیادہ کا ہوتا ہے۔ بلا کسی ظاہری سبب کے وہ یکایک سینہ یا شراہین میں تباہ شدہ درد محسوس کرتا ہے، جو ذبحہ صدریہ (angina pectoris) کی طرح محیط کے طرف تشعیر کرتا ہے۔ ممکن ہے کہ یہ مسلسل چند گھنٹوں تک جاری رہے اور اُسے بیچن کر دے۔ اس کو تشویش ہوتی ہے، اس کا رنگ شاحب اور کسی قدر ازرق ہو جاتا ہے اور ساتھ ہی

مٹھا پسینہ آتا ہے۔ نبض کمزور اور بعض اوقات غیر منظم ہوتی ہے اور خون کا دباؤ کم ہوتا ہے۔ بہر ضروری التوجہ ہوتا ہے اور بعد میں ممکن ہے کہ چین اسٹوکس کا تنفس ہو جائے۔ کیسے کہ تپ اور پسینہ خلیوں کی کثرت اور اکثر متلی اور تھے ہوتی ہے۔ ہمارا موری فرک، گو یہ ہمیشہ موجود نہیں ہوتا ہے، تاہم تشخیص کی قطعی طور پر تصدیق کر دیتا ہے۔ برقی قلبی ترسیم میں نہایت مستمّر تغیرات یہ ہوتے ہیں کہ ایک مرتبہ کن موج ہوتی ہے اور مرزن ناقصہ میں تغیرات واقع ہوتے ہیں (ملاحظہ ہو شکل ۴۲)۔ اس دو میں نہ تو آماٹل ٹائٹرائٹ (amyl nitrite) سے تخفیف ہوتی ہے نہ ہمیشہ ۱۲ گریں مارفیاٹک کے استعمال سے اول لکھ

315



شکل ۴۲۔ برقی قلبی ترسیمی تغیرات اسی مریض سے اکیلی علیقت کے وقوع کے دو چار آٹھ اور بارہ منٹوں کے بعد جن سے ظاہر ہے کہ تقوید ۲ اور ۳ میں ن موج مرتب ہو کر طبی حالت کے طرف عود کر رہی ہے۔ دوسری اصابتوں میں ایسے ہی تغیرات صرف تقوید ۲ اور ۳ میں ہوں گے (جے۔ ایم۔ ایچ۔ کیا میل)۔

کو اس وجہ سے نہیں دینا چاہئے کہ وہ قلب پر مہتج اثر دکھتا ہے۔ ممکن ہے کہ بعد میں پھیپھڑوں کے اذیمیا کے ساتھ املائی فسل قلب واقع ہو جائے۔ اگرچہ یہ ایک تمثیلی سرگزشت ہے، تاہم اس امر پر زور دینا ضروری ہے کہ اس مرض کا سلسلہ علامات مستمّر نہیں۔ ممکن ہے کہ حملہ غشی کے ساتھ شروع ہو جائے۔ ممکن ہے درد نہ ہو۔ ممکن ہے کہ ناگہانی موت واقع ہو جائے۔ عموماً دروں قلب پر انقحام یافتہ رقبہ سے اندر کی جانب ترویب خون واقع ہوتی ہے، جو ممکن ہے کہ ٹوٹ کر جدا ہو جائے اور کسی دوسری جگہ سداویت پیدا کر دے (35)۔

مکن ہے کہ مریض اس وقت ذبحہ صدر یہ میں مبتلا ہو اسے یا نہیں ہوا، اور اگر وہ شغایاب ہو جائے تو مکن ہے کہ بعد میں ذبحہ میں مبتلا ہونا شروع کر دے جس کی وجہ قیاساً یہ ہے کہ قلب کے جو ریشے تندرست باقی رہ جاتے ہیں ان پر زائد از معمول کام کا بار پڑتا ہے۔ مکن ہے کہ مریض گھنٹوں دنوں، بلکہ سالہا سال تک زندہ رہے اور فاعلی کام کرنے کے قابل رہے۔ جان ہنٹر (Jhon Hunter) جسے غالباً پینتالیس سال کی عمر میں اکللی علقیات ہو گئی تھی، میں سال تک زندہ رہا (36)۔ فوری کلی آرام و سکون اور آکسیجن اس کا علاج ہے۔ آکسیجن کا خیمہ بہت کامیاب ہے اور اس سے درد کو تسکین ہو سکتی ہے۔ ذبحہ اور اس میں تفریق تثنی شخص پر بحث کی جا چکی ہے۔

فخذی علقیات (femoral thrombosis) تغذی ورید کی علقیات  
سلی ریوی کے آخری درجوں، سرطان، اور دوسرے خستہ کن امراض میں، تب محرقہ اور انفلیمنز کے بعد کی نقیہیت میں، اور زچگی کے بعد (سپید پائی - "white leg") پیدا ہو جاتی ہے۔ ٹانگ متورم ہو جاتی ہے، اور ورید کا مسدود ہونا محسوس کیا جاسکتا ہے۔ اس کے ساتھ موجود رہنے والے التهاب الورید کی وجہ سے عموماً کیفیت رالمیت بھی ہوتی ہے۔ گاہ بگاہ یہ حادثہ بھی ہوتا ہے کہ تھکے کا ایک حصہ ٹوٹ کر ریوی شریان کی کسی بڑی شاخ میں مغز ہو جاتا ہے جس سے موت و غشہ واقع ہو جاتی ہے۔ تپوں کے بعد کی نقیہیت کے دوران میں جواج میں وقوع علقیات کو روکنے کے لئے مریض کی نقل و حرکت کو بہ احتیاط منظم کرنا چاہئے۔ اس کو اس طرح سے لیٹنے کی اجازت نہ دی جائے کہ جس میں وریدیں دب جاتی ہوں۔ نرم تکیوں سے سہارا حاصل کیا جاسکتا ہے۔

وداجی علقیات اور جانبی جوف (lateral sinus) کی علقیات  
اندرونی گوش، یا طلیہ (mastoid) کے غلیوں کے مرن سے پیدا ہو جاتی ہے۔ بیرونی گوش کے تماس کی وجہ سے عفونی عضو بے اکثر موجود ہوتے ہیں، شدید التهاب الورید شروع ہو جاتا ہے، اور تھکا عفونی ہو جاتا ہے۔ پھر ذرات قلب کے دائیں جانب کے راستہ سے ہو کر پیسپٹروں میں پہنچ جاتے ہیں جن میں قبیح الدمی خراجات بن جاتے ہیں۔ بعض اوقات زیادہ عام حالتوں، مثلاً شیرخواروں کے ضمور (marasmus) اور

بالنوں کی اخضریت (chlorosis) اور عدم دموبیت کی وجہ سے دوسرے داغی جو فوں (طبلی اور کھنگلی) میں بھی علقیّت واقع ہو جاتی ہے۔

حوضی (pelvic) وریدوں کی علقیّت عورتوں میں حوضی احشاء کے مرض کی وجہ سے اور دونوں صنفوں میں سوزاک کی وجہ سے پیدا ہو جاتی ہے۔ (نیز ملاحظہ ہو مہاجر علقیّی وریدی التهاب)۔

تحتانی ورید اجوف کی علقیّت میں یہ لازمی نہیں کہ زندگی ضائع ہو جائے۔ ایک مریض میں جو پچیس برس تک زندہ رہا، کبدی وریدوں کے مدخل کے نیچے سے وریدیں متغیر ہو کر ایک غیر نفوذ پذیر فیٹہ بن گئی تھیں۔ گردوں سے خون کی واپسی کیسہ کے راستے سے اور طعنی اور مجرد (azygos) وریدوں کے راستہ سے ہوتی تھی۔ ہمیشہ پاؤں اور دیوار شکم کی وریدوں میں بڑی دوا لیت موجود ہوتی ہے، اور ساتھ ہی علقیّی التهاب الوریڈ (thrombo-phlebitis)، بواسیر (haemorrhoids) اور دوالی منا قروح کا رجحان موجود ہوتا ہے۔ سرایت، ضربہ اور مرض خبیث اسباب ہیں (87)۔

بعض اوقات قلب کے اندر موت سے ذرا پہلے جب کہ دوران خون میں فشل واقع ہو رہا ہو، اور اتساع کی حالتوں میں قلب کی دیواروں کے گوشوں میں بڑے ٹھکے بن جاتے ہیں۔ یہ اس عضو کے فعل میں مداخلت کر کے سرعت سے موت واقع کر دیتے ہیں۔ یا مکن ہے کہ یہ ریوی یا نظامی دوران خون کو سدادات بہم پہنچا دیں۔ دماغی ششائین کی سدادیت اور علقیّت کا بیان امراض دماغ کے تحت درج کیا گیا ہے۔

کسی جاسر حد کی بڑی ششایان کی سدادیت زیادہ عام واقعہ نہیں۔ وہ ناگہانی مادہ درد پیدا کر دیتی ہے جس کے بعد ماؤف جارح شش، سرو اور بے طاقت ہو جاتا ہے۔ سدادیت کے مقام سے نیچے نبض غیر محسوس ہوتی ہے اور جیسا کہ پہلے بیان کیا گیا ہے، نتیجہ یہ ہو سکتا ہے کہ گنگرین ہو جائے۔ طحال اور گردوں میں سدادیت کا وقوع چنداں عام طور پر شناخت نہیں ہوتا۔ بعض اوقات طحال کی ابتدا کی وجہ سے بائیں پہلو میں تیز درد ہوتا ہے۔ گردے کی سدادیت سے دم بولیت اور اکثر اوقات البیومن بولیت بھی پیدا ہو جاتی ہے اور خبیث التهاب دروں قلبیں



316

اکثر مرکزی سدادھی التهاب الکلیہ (focal embolic nephritis) کی حالت موجود ہوتی ہے۔ ماسا سرینقی (mesenteric) شریان کی سدادیت کی اصابتیں واقع ہوئی ہیں جن میں مریض شدید درد شکم اور تمدد میں مبتلا ہو گیا، اور اس کے بعد ایک یا دو دنوں میں بہو ط اور موت واقع ہو گئی۔ اور آنت اور باریطونی کہنہ کے اندر خون پایا گیا ہے۔ اس ورید کی علقیت کے نتائج بھی بہت حاصل ہو سکتے ہیں، لیکن اس کے علاوہ زیادہ تدریجاً مویا ب ہوتے ہیں۔

جگر کے عروق کی سدادیت اور علقیت کے اثرات التهاب وریڈا لباب (pylephlebitis) کے تحت بیان کئے گئے ہیں۔ ریوی سدادیت اور علقیت اور انعام اور شخی سدادیت (fat embolism) کا بیان صفحہ 177 پر درج کیا گیا ہے۔ نو بالید کے ذرات کی سدادیت حصص بعیدہ میں تازہ بالیدیں پیدا کر دیتی ہے۔ علاج۔ سدادیت کے درد میں مقامی دافع درد ادویہ لگانے سے آرام ہو سکتا ہے۔ اگر کسی جارحہ کی بڑی شریان مدود ہو گئی ہو تو اس جارحہ کو نرم روئی کے کالے میں یا مرغن سلالہ (oiled lint) میں لپیٹ دینا چاہئے۔ سدادی لبرکی (embolotomy) پہلے چند گھنٹوں میں انجام دی جا سکتی ہے یا تھکے کو دست ورزی کے ذریعہ ایک فرد تر شریانی شاخ میں دھکیلا جا سکتا ہے۔

## عرقی عصبانی اُذیمہ

(ANGEIO-NEUROTIC OEDEMA)

یہ عارضہ بہ ظاہر و عا حرقی آلہ سے متعلق ہے اور شرئی (urticaria) سے بہت ملتا جلتا ہے۔ لیکن اس کے فیضرات نسبت بڑے ہوتے ہیں۔ جسم کے مختلف حصوں مثلاً چہرہ، چوٹوں، ہاتھ یا پاؤں، حلق یا زبان پر محدود المقام اور ام نمودار ہوجاتے ہیں۔ یہ الہتانی نہیں ہوتے اور نہ ان کا انحصار جاذبہ (gravity) پر ہوتا ہے۔ ان میں درد نہیں ہوتا، لیکن ممکن ہے کہ جلن، چھین اور خارش ہو۔ یہ دفعۃً نمودار ہو کر دو سے چھ یا داند گھنٹوں تک قائم رہتے ہیں اور بار بار بلکہ روزانہ پیدا ہو جاتے ہیں۔ چلد کے اوپر ہر

تو یہ بے مزرہ ہوتے ہیں، لیکن اکثر اوقات حنجرہ کا آؤ میا ہلک ثابت ہوا ہے۔ معدی معائی علامات، مثلاً قورنج، متلی، اور قے، عموماً موجود ہوتے ہیں اور معدی یا معائی غشائے مخاطی کے حادثہ کا آؤ میا کی طرف متوجہ کئے جاسکتے ہیں۔ یہ مرض اکثر موروثی ہوتا ہے اور ایک ہی خاندان کے اراکین میں دو یا تین پشتوں میں واقع ہوا کرتا ہے۔ دسمہ کی طرح یہ بھی ایک حساسیتی (allergic) مرض ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 138) اور ایک غریب پروٹین کی حساسیت پیدا ہونے کی وجہ سے ہو جاتا ہے۔

علاج یہ ہے کہ اس خاص پروٹین کو جس کی حساسیت مریض میں پیدا ہوئی ہے دریافت کر کے اس سے احتراز کیا جائے۔ عفونی مراکز کا استیصال کرنا چاہئے۔ چند مریضوں میں کونین، نائٹرو گلیسرین اور خلاصہ دقتی سے آرام حاصل ہوا ہے۔ لیکن ہے کہ حنجری آؤ میا کے لئے ادخال انبوہ یا قصبہ شکافی کی ضرورت پڑے۔

ملروئے (Milroy) کا مرض - یہ دونوں ٹانگوں کا مزمن تہج ہے جو اکثر خاندانی مبداء کا ہوتا ہے اور اس میں جلد اور زیر جلدی بافتوں کی بیش تکون کار جمان ہوتا ہے جس کا منبع نامعلوم ہے۔

## حوالہ جات

### REFERENCES

- 1 Y. Henderson and Johnson 1912 *Heart*, 4, p. 69.
- 2 H. Sahli 1920 *Schweiz. Med. Wochenschr.*
- 3 { H. Shali . 1923 *Wien, Arch. f. inn. Med.*, 6, p. 515.  
H. Shah . 1923 *Ergeb. d. inn. Med. u. Kindhkd.*, 24, p. 73.
- 4 MacIlwain and Campbell 1923 *Brit. Med. Journ.* ii., p. 456.
- 5 E. P. Poulton and H. M. Stewart 1918 *Lancet*, ii., p. 738.
- 6 Parkinson and Bam 1924 *Lancet*, ii., p. 311.
- 7 Poulton and Dowling 1921 *Guy's Hosp. Rep.*, 71, p. 253.

- 8 { C. Dukes 1921 *Brit. Med. Journ.*, ii.,  
p. 987.  
{ Corney . 1922 *Lancet*, ii., p. 863.  
9 J. Parkinson and M. 1930 *Quart. Journ. Med.*, 24,  
Campbell p. 67.  
10 J. M. H. Campbell and 1928 Quoted in *Lancet*, ii.,  
E. P. Poulton p. 1281.  
11 Emanuel 1923 *Lancet*, i., p. 591.  
12 Lewis, Ryffel, Wolf,  
Cotton & Barcroft 1913 *Heart*, 5, p. 45.  
13 J. A. Calhoun and 1934 *Arch. Int. Med.*, 53,  
W. G. Harrison p. 911.  
14 Campbell Hunt and 1923 *Journ. Path. & Bact.*, 26,  
Poulton p. 234.  
15 T. Wardrop Griffith 1901 *Brit. Med. Journ.*,  
Feb. 2.  
16 T. Lewis 1929 *Heart*, 15, p. 7.  
17 W. E. Dixon 1929 Communication to As-  
soc. Phys., Cambridge.  
317 18 T. Wardrop Griffith . 1903 *Edin. Med. Journ.*,  
p. 105.  
19 Carey Coombs . 1923 *Quart. Journ. Med.*, 16,  
p. 309.  
20 R. T. Grant . 1931-3 *Heart*, 16, p. 275.  
21 Newburgh 1915 *Amer. Journ. Med. Sci.*,  
May.  
22 C. G. Lambie 1926 *Brit. Med. Journ.*, i.,  
p. 80.  
23 Sir W. Osler 1908-9 *Quart. Journ. Med.*, 2,  
p. 219.  
24 Sir T. J. Horder 1908-9 *Quart. Journ. Med.*, 2,  
p. 289.  
25 Sir Clifford Allbut 1923 *Lancet*, ii., p. 1422.  
26 T. Wardrop Griffith 1915 *Lancet*, Jan. 9.  
27 W. Evans & C. Hoyle 1933 *Lancet*, i., p. 1109.  
28 Sir James Mackenzie  
(Angina Pectoris) 1923 *London*.  
29 Henry Head . 1922 *Brit. Med. Journ.*, i., p. 1.  
30 W. Verdon (Angina  
Pectoris) 1921 *London*.  
31 W. W. Payne and E. P. 1923 *Quart. Journ. Med.*, 17,  
Poulton p. 53.

- 32 G. Evans 1923 *Brit. Med. Journ.*, Mar. 17, 24 and 31.
- 33 Foster Moore 1917 *Quant. Journ. Med.*, 10, p. 29.
- 34 W. Edgecombe 1911 *Practitioner*, April p. 515
- 35 A. G. Gibson 1925 *Lancet*, ii., p. 1270.
- 36 J. A. Ryle 1928 *Lancet*, i., p. 332.
- 37 Kerr 1921 *Lancet*, ii., p. 1112.
- 38 Bramwell and Hill 1922 *Lancet*, i., p. 891.
- 39 Parkes Weber 1916 *Quart. Journ. Med.*, 9, p. 289.
- 40 Sampson Handley 1922 *Lancet*, ii., p. 173.
- 41 F. R. Fraser, C. F. Harris, R. Hilton and G. C. Linder 1928 *Quart. Journ. Med.*, 22, p. 1.
- 42 F. Bach & N. Gray Hill 1932 *Lancet*, i., p. 75.
- 43 W. St. Lawrence 1920 *Journ. Am. Med. Assoc.*, 75, p. 1035.
- 44 H. J. Starling 1923 *Guy's Hosp. Rep.*, 73, p. 388.
- 45 W. Sheldon 1930 *Lancet*, ii., p. 394.
- 46 H. F. Swift, Denick & Hitchcock 1928 Bath Conference, *Rheumatic Disease*, p. 157.
- 47 M. Campbell and E. C. Warner 1930 *Lancet*, i., p. 61.
- 48 E. C. Warner 1930 *Lancet*, ii., p. 719.
- 49 W. H. Bradley 1932 *Proc. Roy. Soc. Med.*, 25, p. 1635.
- 50 W. R. F. Collis 1932 *Proc. Roy. Soc. Med.*, 25, p. 1632.
- 51 E. C. Warner 1930 *Lancet*, i., p. 339.
- 52 J. F. Carter Braine, W. R. Spurrell, & E. C. Warner 1927 *Guy's Hosp. Rep.*, 79, p. 473.
- 53 M. Campbell and S. S. Suzman 1934 *Am. Heart Journ.*, 9, p. 304.
- 54 C. Bolton 1924 *Heart*, 11, p. 343.
- 55 H. A. Treadgold and H. L. Burton 1932 *Lancet*, i., p. 277.

- 56 M. Campbell and J. W. 1933 *Guy's Hosp. Rep.*, 83,  
Shackle p. 168.
- 57 J Holmes 1929 *Brit Med. Journ.*, ii.,  
p. 739.
- 58 F Saile 1930 *Med. Klin.*, June 20th.
- 59 J Plesch 1932 *Lancet*, i., p. 385.
- 60 E. J. Wayne 1933 *Chn. Sci.*, 1, p. 63.
- 61 T Lewis 1931-3 *Heart*, 16, p. 205
- 62 D W Bennett and  
W. J. Kerr 1931-3 *Heart*, 16, p. 109.
- 63 H. A. Treadgold and  
H. L. Burton 1932 *Lancet*, i., p. 277.
- 64 S. J. Hartfull and  
G. Armitage 1932 *Guy's Hosp. Rep.*, 82,  
p. 424.
- 65 G. H. Colt 1927 *Quart. J. Med.*, 20, p. 331.
- 66 E. D. Telford and  
J. S. B. Stopford . 1933 *Brit. Med. Journ.*, 1,  
p 173.
- 67 H. A. Treadgold 1933 *Lancet*, i., p. 733
- 68 C. Hoyle 1933 *Lancet*, ii., p. 250.
- 69 I Harris and G. Mc- 1930 *Quart. Journ. Med.*, 23,  
Loughlin p. 451.
- 70 G Spurling, F. Jelsma 1932 *Surg. Gyn. and Obstet.*,  
and J B Rogers March.
- 71 R C Waller 1930 *Brit. Med. Journ.*, Oct.  
. 11th.
- 72 T. Lewis 1931 *Heart*, 16, p. 1.
- 73 Paul D. White 1935 *Lancet*, ii, pp. 540, 597.

# امراض اعضائے ہضم

318

## امتحان شکم

شکم کا امتحان ان ہی طریقوں سے کیا جاسکتا ہے جو پیچیدہ اور قلب کی لقمیں کام میں لائے جاتے ہیں، یعنی معائنہ، جس، قریع، اور استماع۔ اور جیسے مثالوں میں یہی مناسب ہے کہ مریض اضطرابی وضع میں ہو، اور اس کے سر کے نیچے سہارا لگا ہوا ہو۔

شکم کو بغرض بیان دو اضعفی اور دو انتصابی خطوں کے ذریعہ نورقبوں میں تقسیم کیا جاتا ہے۔ انتصابی خطوط ہر جانب رباط پوپارٹ کے وسطی نقطہ سے لے کر اوپر کے طرف غلی حاشیے تک کھینچے جاتے ہیں۔ افقی خطوط غلی حاشیے کے زیرین ترین حصوں یعنی ہر جانب کی دسویں غلی کریموں سے اور حرقی عرفوں کے بلند ترین نقطوں کے درمیان عرضی طور پر کھینچے جاتے ہیں۔ وہ خط بات جو ان خطوط کے ذریعہ متعین ہوتے ہیں، اوپر سے نیچے اس طرح گنائے جاتے ہیں :- وسط میں، شراسینی، ستری اور خشلی۔ (۲) جانبین، پرمرقی، قطنی اور حرقی۔ جیسا کہ سینہ میں ہوتا ہے، یہاں بھی کسی ضرر کا صحیح مقام دریافت کرنا ہوتا ایسے حصوں سے پیمائش کرنے کی ضرورت ہوتی ہے جو باسانی شناخت ہو جائیں مثلاً ناف، قص، خنجوی، خط وسطی، عانہ، مقدم فوقانی، حرقی، شوک، یا گیا رحویں پہلی کی نوک۔

معائنہ۔ پہلی چیز جسے دیکھنا چاہئے شکم کی جسامت ہے۔ یہ صحت کی حالت میں بھی بہت تغیر پذیر ہوتی ہے۔ مگر یہ کہ یہ یکساں طور پر بہت بڑی ہو گئی ہو۔ لیکن اس امر کی دریافت کے لئے کہ آیا یہ کلانی کہنہ باریطونی میں اجتماع مایع کی وجہ سے (۱) استسقاء منقہ

(ascites =) یا آنتوں میں گیس ہونے (تپیل = meteorism, tympanites) کی وجہ سے یا جدران یا شرب میں چربی ہونے کی وجہ سے، یا کسی سلسلہ مثلاً بیضی ہڈی (ovarian cyst) کی موجودگی کی وجہ سے ہے، امتحان کے دوسرے طریقوں کی ضرورت ہوتی ہے بشکم کی کیلا اور تشاکل باز کشیدگی فاقہ کشی میں لاغری پیدا کرنے والے امراض ہیں اور ایسی موت میں دیکھی جاتی ہے جو دماغی امراض مثلاً مدنی التهاب سحالی (tuberculous meningitis) اور دروں جمجھی سلعہ (intracranial tumour) کی وجہ سے واقع ہوتی ہو۔

معائنہ سے مختلف مقامی کلانیاں یا آبصار دیکھے جاسکتے ہیں، جو کہ مختلف اعضا کے سلمات یا کلانیوں سے پیدا ہو جاتے ہیں، مثلاً سلمات جگر، متع معدہ، تسد کی مثالوں میں متمد و امعاء، در ریختہ شرب اور منضم امعاء جو مدنی التهاب باریطون میں پیدا ہو جاتے ہیں، کلانی طحال، استقار الکلیہ (hydronephrosis)، حاطر عم، بیضی اور دیگر دودر اور متمد و مثانہ سے شکم کے بالائی حصے کی مقامی کلانیاں، جب نیچے کی پیلوں کو اوپر اور باہر کے طرف ایک جانب دھکیل دیتی، اور اس طرح ضلعی حاشیہ اور خط وسطی کے درمیان کے زاویہ کو بڑا کر دیتی ہیں تو صدر کا عدم تشاکل پیدا ہو جاتا ہے۔ ایسا بالخصوص جگر کے کیسیہ (hydatid) سرطان اور پھوڑے کی اعانتوں میں دیکھا جاتا ہے۔

جیسا کہ سینہ کے قلع میں پہلے تذکرہ کیا گیا ہے شکم اور تنفسی حرکات کے تعلق پر غور کرنا بھی اہم ہے۔ زیادہ تمد و سہ ڈانفرام کے نزول میں رکاوٹ پیش آتی ہے، اور باریطون کے حاد التهاب سے نزول رک جاتا ہے، اور اس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ ان مثالوں میں تنفس تقریباً بالکل مدری ہوتا ہے۔ دوسری مثالوں میں وہ اعضا جو ڈانفرام سے بدوں واسطہ تماس ہیں یعنی جگر، طحال، معدہ اور گردے ان کی وضع تو تنفس سے حقیقی طور پر متاثر ہوتی ہے، لیکن وہ اعضا یا سلمات جو نسبتہ نیچے واقع ہوں، یا جو شکم کی پچھلی دیوار سے ملتی ہوں، اس عضلہ کے نزول سے نسبتہ بہت کم متاثر ہوتے ہیں۔ بعض اوقات اور طی کا، یا دائیں بطن کا یا مثلاً ش باز روی میں بڑے ہوئے جگر کا یا نہایت ہی شاذ طور پر انور سما کا بطنان اور متع معدہ یا امعاء کے حرکات دودر نظر آسکتے ہیں۔ حرکات دودر کا نظر آسکنا شکمی جدران کے پیلے پن اور دودر حرکت کی قوت کے تناسب پر منحصر ہے۔

جس - حالت شکم کے امتحان کے اس طریق کے لئے شکم کی دیوار میں قدر

مکن ہو ذیل ہونی چاہئیں۔ اسی واسطے مریض کو منطباعی یا نیم منطباعی وضع میں ہونا چاہئے اور اُس کا سر کسی ہمارے سے ٹکا ہوا ہو، کیونکہ اگر مریض اپنا سر اوپر اٹھائے، مثلاً یہ دیکھنے کے لئے کر گیا ہو رہا ہے، تو شکمی عضلات متعینہ تن جاتے ہیں۔ شکم کی دیواروں کے ارتخا میں ادا و محل کرنے کے لئے بعض اوقات مریض کی ٹانگوں کو قدرے اٹھا دیا جاتا ہے، لیکن انہیں اس وضع میں قائم رکھنے کے لئے مریض کے گھٹنوں کے نیچے ایک تکیہ کا ہمارا لگانے کی ضرورت ہے۔ اگر عضلات شکم کو اہل طور پر تے ہوئے ہوں، تو مریض کو اندر اور باہر گہری سانس لینے کو کہنا چاہئے، اور اس وقت جب کہ ہاتھ شکم پر ہو مریض کو باتوں میں مشغول رکھنا چاہئے یا مریض کو تکیہ پر سے اپنا سر اونچا کرنے کے لئے اور آسے تقریباً ایک منٹ کے لئے اٹھا ہوا رکھنے کے لئے کہنا چاہئے۔ مریض کے ایسا کرنے کا نتیجہ یہ ہوگا کہ عضلات تھک جائیں گے، اور اگلے بعد مکن ہے کہ ایک لمحو کے لئے اُس کا شکم امتحان کے لئے ڈھیلا پڑ جائے۔ دوسری ترکیب یہ ہے کہ شکم کا بٹن اُس وقت کیا جائے جب کہ مریض ایک گرم منسل میں ہو۔ اگر ان ذرائع سے ناکامی ہو اور امتحان کا کرنا اول درجہ کی اہمیت رکھتا ہو تو کسی معدم جس دوا کا استعمال کرنا چاہئے۔

شکم کا امتحان بنایت نرمی کے ساتھ کرنا چاہئے۔ ہاتھ گرم ہوں، اور وہ سلج بہر چپے رکھ دئے جائیں، اور اس امر کی احتیاط رکھی جائے کہ انگلیوں کے سرے دفعۃً شکم کے اندر نہ گڑو دئے جائیں، کیونکہ ایسا کرنے سے عضلات متعینہ ہو جاتے ہیں اور قابل اعتساب۔ نتائج کا حاصل ہونا غیر مکن ہو جاتا ہے۔ گہرے تنفس کے دوران میں اشک کی کلانیاں یا نوبالیدیں بالخصوص وہ جو شکم کے بالائی حصے میں ہوں شناخت ہو سکتی ہیں، حالانکہ دوسرے وقت وہ شاید نظر انداز ہو جائیں۔ شکم کی جانبوں کا امتحان کرتے وقت مشاہدہ کو درست طریقہ کے استعمال کو ہرگز فراموش نہ کرنا چاہئے، اور وہ یہ ہے کہ ایک ہاتھ کو بائیں پلے کے نیچے اور دوسرے کو سامنے شکم پر رکھا جائے۔ اگر پہلے ہاتھ کو دوسرے کے طرف دبایا جائے جو کہ بے حرکت ہے تو خفیف ترین کلانی یا مزاحمت بھی عموماً محسوس کی جاسکتی ہے۔ مخصوص اصاتوں میں مریض کو کبھی مریضی وضع میں رکھ کر امتحان کرنے کی ضرورت ہوتی ہے۔

طبعی شکم میں ہاتھ کی حرکت کو تمام سمتوں میں بہت کم مزاحمت پیش آتی ہے۔ خصوصاً آتشائے مینے جگر، طحال، اور گردے عظمیٰ صدر کے بالکل اندر ہوتے ہیں۔ جگر کا بائیں



نوع جو عرضاً شریف میں واقع ہے، چھوٹے حجم کا، پتلا اور نرم ہوتا ہے۔ کھوکھلے احشاء ہاتھ سے آسانی سے دب جاتے ہیں، اور اکثر کوئی چیز شناخت میں نہیں آتی، سوائے اس کے کہ دسبلہ اشخاص میں اور طبعی یا حرقی عروق کا نبضان محسوس ہوتا ہے۔

جس کے ذریعہ سے ہم مرض کی حالت میں اعضا کی شکل یا جسامت کے تغیرات کو اور سلعات کی موجودگی کو شناخت کر سکتے، اور امور ذیل کے متعلق معلومات حاصل کر سکتے ہیں:۔  
 دیوار شکم کی تنیدگی یا ارتخاء کی حالت جو مقامی یا عمومی ہو سکتی ہے۔ مقامی یا عمومی الیمیت کی موجودگی۔ اس کا اظہار ممکن ہے کہ شکم کو ہاتھ سے چھوتے ہی ہو جائے، یا صرف اس وقت ہو جب کہ گہرا دیا جائے۔ شکم میں مختلف قسم کے حرکات محسوس ہو سکتے ہیں، یعنی طبعی عروق کا، یا ایک اور سا کا یا مرض قلب میں جگر کا نبضان۔ آنٹوں کی حرکت دودیر۔ آنٹوں میں ہوا کی حرکت (قراقر)۔ ایک قمع مدے میں اس وقت جب کہ اس پر کسی قلد و نوعہ دباؤ ڈالا جائے نسبتاً کثیف تر حرکات یا پانی اور ہوا کا چھلکنا۔ اور باریطون کی ملتبہ سلعات کی رگڑ۔

جس میں آن دو طریقوں کو بھی شامل کرنا چاہئے جن کے ذریعہ استقائے شکمی یعنی کہفہ باریطونی میں مایح کی موجودگی شناخت کی جاسکتی ہے۔ وہ طریقے یہ ہیں: تھوج اور غیرو ضبعیت (ملاحظہ ہو استقائے شکمی)۔

قرع۔ قرع کے ضمن میں ہمیں یہ بالخصوص یاد رکھنا چاہئے کہ کہفہ شکم اوپر کے طرف عظمیٰ صدر کے زیریں حصوں کے اندر تک پھیلا ہوتا ہے۔ شکم حالت صحت میں ان مشرکہ سطحوں کے صرف اتنے ہی حصے پر لگی ہوتا ہے کہ جتنا آنٹوں اور مدے سے متاثر ہوتا ہے، یعنی آن تمام حصوں پر جو پیلیوں سے نیچے واقع ہیں، اور بائیں جانب پر قلب کے نیچے کی ضلعی کڑیوں اور پیلیوں کے زیریں سروں پر۔ شکم آن حصوں پر اضم ہوتا ہے جو جگر اور طحال سے متاثر ہوتے ہیں، یعنی جگر کے لئے دائیں جانب سامنے چھٹی پٹی کے بالائی کنارے سے یا پھلوں آٹھویں پٹی سے نیچے کی پیلیوں پر، اور طحال کے لئے بائیں جانب اگلے بطنی خط سے ذرا نیچے کو نویں، دسویں اور گیارہویں پیلیوں پر۔ گنگ اور اہمیت کے انسانی رقبے کھوکھلے احشاء کے اندر گیس کی مقدار میں تغیرات واقع ہونے سے بہت کچھ تبدیل ہو سکتے ہیں، اور جگر اور طحال کے اضم رقبے دوران سہیق میں نیچے کے طرف اور دوران زفیر میں

اوپر کو ہٹ جاتے ہیں۔ مزید براں محلے اور معاد کے مختلف حصوں کی قریبی آواز کی کیفیت میں بہت اختلاف ہوتا ہے۔

جگر اور طحال کی جسامت کی تبدیلیوں، یا ٹھوس رسولیوں اور دویروں کی موجودگی سے اہمیت کے لئے رقبہ پیدا ہو جائیں گے اور بالعموم اہمیت کے ساتھ مزاحمت بھی موجود ہوتی ہے جو جس کرنے پر محسوس ہو سکتی ہے۔ چونکہ ان تبدیل شدہ حالتوں کا حال مختلف احشاء کے امراض کے تحت ہمیشہ دیا جائے گا، لہذا یہاں ان کی تفصیل لازمی نہیں۔ قریب سے ہمیں امتداد شکمی (جو ملاحظہ ہو) کی شناخت کا ایک دوسرا قیمتی طریقہ ملتا ہے۔

استماع۔ التهاب باریطون میں کبھی کبھی جگر پر اور دوسرے مقامات پر فک کی آوازیں سنائی دیتی ہیں۔ شکمی افورساؤں کے ساتھ یہ موجود ہو سکتے ہیں۔ اگر احوال کے خطے پر استماع کیا جائے تو لگائی ہوئی مصرع کی راہ سے مقامی مافیہ کے گزرنے کی وجہ سے تھوڑے تھوڑے وقفوں سے آوازیں سنائی دیتی ہیں۔ حاد التهاب کی حالت میں یہ درجہ موقوف ہو جاتے ہیں، چنانچہ جب حاد التهاب زائدہ (acute appendicitis) کا شبہ ہو تو استماع مفید ہو سکتا ہے۔

لاشعاعوں کے ذریعہ امتحان۔ مری، محلے اور قبال غذائی کے امتحان کیلئے مریض کو ایک کھانا دیا جاتا ہے اور اس میں کوئی ایسا نمک ملا ہوا ہوتا ہے جو لاشعاعوں کیلئے غیر شفاف ہوتا ہے، مثلاً بیریم سلفیٹ (barium sulphate) یا بسمتھ کاربونیٹ (bismuth carbonate) یا آکسی کلورائیڈ (oxychloride) تفصیلات علی الترتیب اعضا کے بیان کے تحت درج کئے گئے ہیں۔ تو لون کے امتحان کے لئے ایک غیر شفاف حقنہ کا استعمال بھی کیا جاسکتا ہے۔ دوسرے اعضا کا امتحان کرنا ہو تو طینات دسے کر غذائی قبال کو حتی الامکان خالی کیا جاتا ہے اور شکم کے صفحے لئے جاتے ہیں۔ موافق حالات میں اس طریقہ سے صغریٰ حصہ کی موجودگی دریافت کی جاسکتی ہے۔ مرادہ کو ظاہر کرنا کراہم کا طریقہ بعد میں بیان کیا گیا ہے۔

شکم بینی (coelioscopy)۔ اس طریقہ میں نووکین کے ذریعہ عدم حسیت پیدا کر کے دیور شکم میں ایک شفاف دیا جاتا ہے۔ کہنہ باریطونی کے اندر ہوا داخل کی جاتی ہے اور اس کے مافیہ کو ایک شکم بین (laparoscope) کے ذریعہ سے دیکھا جاتا ہے۔ یہ طریقہ

خالصاً تشخیصی اغراض کے لئے اُس وقت جب کہ ایک انتقصائی شکم شکنائی ناجائز ہو استعمال کیا جاتا ہے (۱)۔

## شکم حاد

(acute abdomen)

بہت سی حاد شکمی حالتوں میں جراحی دست اندازی سے جو موافق نتائج حاصل ہوئے ہیں ان کے پیش نظر تشخیص کی اہمیت جتنی بھی بیان کی جائے کم ہے۔ اگرچہ مختلف حاد حالتوں کے ممیز نشانات بعد میں مختلف امراض کے تحت بیان کئے جائیں گے، تاہم مناسب خیال کیا جاتا ہے کہ یہاں مریض کے امتحان کے متعلق چند نکات درج کئے جائیں اور ان حالتوں کی ایک فہرست دی جائے جو شکم حاد یا اُس سے مشابہ علامات پیدا کر سکتی ہیں۔

سابقہ سرگزشت سے نہ صرف یہ ظاہر ہو جائے گا کہ آیا ایسے ہی حملے پہلے ہو چکے ہیں بلکہ یہ بھی کہ آیا کوئی اشارہ کن علامات ہو چکے ہیں مثلاً سورہ معمم کی سرگزشت جو کہ ایک مشقوبہ معدی قرعہ (peptic ulcer) یا حاد التهاب زائدہ کا پیشرو ہوتا ہے۔ جیفس کی سرگزشت اور یرقان، قے الدم، دم بولیت کے سابقہ وقوع کے متعلق دریافت کرنا چاہئے، نیز یہ کہ وزن میں کوئی تازہ کمی تو نہیں ہوئی ہے۔ موجودہ حالت کی سرگزشت میں یہ سوالات شامل ہوں گے کہ حملہ کا آغاز حاد طور پر ہوا ہے یا تدریجی طور پر۔ درد کا مقام اور اُس کی نوعیت کیا ہے؟ آیا وہ حرکت کر گیا ہے یا کسی خاص سمت میں دوڑتا ہے؟ آیا درد کے ساتھ قے کا کوئی تلامذہ ہے؟ قے کس نوعیت کی ہے؟ آیا متلی موجود ہے؟ آنتوں کی حالت کیسی ہے؟ امتحان غذائی نظام کے متعلق ہی نہیں بلکہ مکمل ہونا چاہئے، تاکہ اُس سے دردوں معدی ضررات، مثلاً پلوری ذات الریہ، التهاب تادموز، اور حاد امتلائی فضل قلب سمہ اکلیمی طعیت کے، ہزال شخاع کے معدی تجرانات اور گردوں اور بولی خطہ کے ضررات، یعنی التهاب گردہ و حوض گردہ (pyelonephritis)، التهاب گردہ (peri-nephritis)، حاد التهاب مغز استخوان (osteomyelitis) اور شوکہ کے مرض پاشہ (pott)، اور تہی حالتوں، یعنی یوریا دمویت (uramia)، ذیابیطی، قوما اور ودی تھے (cyclical vomiting) کی تشخیص ہو جائے۔ تو لہجہ نہایت حاد شکمی علامات

پیدا کر سکتے ہیں، یعنی معالیٰ قولنج، رصاصی قولنج (lead colic)، صفراوی قولنج (biliary colic)، اور قولنج کلوئی (renal colic) جس کے ساتھ گزلیٹ بولیٹ (oxaluria) بھی شامل ہے۔ اس کے علاوہ عضوی دروں شکلی حالتیں پائی جاتی ہیں، یعنی التهاب زائدہ، مثقوب معدی قرعہ اور کبھی کبھی مثقوب معانی قرعہ۔ حاد معانی قلعہ دخواہ اس کے ساتھ تحقیق ہو یا نہ ہو، حاد التهاب مرارہ (acute cholecystitis)، التهاب عطف (diverticulitis)، نرخی التهاب بلبلہ، متقی ریوی اور شانوی التهاب باریطون جل بے محل (ectopic gestation)، التهاب انوبہ (salpingitis) اور دوسری امراض النسانی حالتیں، باساریتی علقیت اور سادیت، ہینوک کا پرپیوریا (Henoch's purpura) اور دوسرے دروں شکلی نزفات اور تقطیعی اور ملی انورسما (dissecting aortic aneurysm)۔

دوسری مکن حالتیں یہ ہیں :- مشکلی انفلو منزا، تدرن، بالخصوص لغائفی اعوری غہ دکا، حمیات مہونہ غذائی، تسم قیعی التهاب ورید الباب (pylephlebitis)، اور مدارینی مالک میں ایبائی زجیر، التهاب جگر اور ملیریا۔

## التهاب الفم

(STOMATITIS)

منہ کے التهاب یا التهاب الفم (stomatitis) کا وقوع ایک عام نازلیتی حالت کی حیثیت سے ہوتا ہے جو گالوں کی اندرونی سطح، مسوڑھوں، اور لبوں کو ماؤ کر دیتی ہے، اور نسبت زیادہ محدود المقام شکلوں میں، کا وقوع قلعی (aphthous)، تقری (ulcerative) یا گنگرینی التهابات الفم کی حیثیت سے ہوتا ہے جو تقریباً یقینی طور پر خرد عضویوں کے باعث ہوتے ہیں۔ اس کے ساتھ ہی یہ ظاہر ہے کہ بعض خاص حالات خرد عضویوں کے عمل کے لئے ضروری ہوتے ہیں، کیونکہ تندرست اشخاص کے دہنوں میں بھی بے شمار خرد عضویہ پائے جاتے ہیں، جن میں نبتات عنیب، نبتات سبجیہ، ٹارولی (torulae) اور بعض اوقات نبتات ریویہ اور خناق دانی کے عینے شامل ہیں۔

بعض طبعی امراض کے ضررات خدی نشاء غلطی کو بھی ماؤف کر دیتے ہیں۔ مثلاً مسئلہ (herpes)، دوار الفقعاع (pemphigus) اور ششری (urticaria) کے۔ نمکی التهاب الفم (herpetic stomatitis) ایک حالت ہے جس میں بے شمار غیوٹے ٹھیسے قروح تمام سوڑھوں پر اور گالوں کے اندر پائے جاتے ہیں۔ یہ قروح اس قدر الیم ہوتے ہیں کہ غذا سیال یا آدھ ٹھوس ہونی چاہئے، کیونکہ تمضغ ناممکن ہو جاتا ہے۔ علاج یہ کہ گلسرین بورکس (glyc. boracis) کا بار بار لاساق کیا جائے۔

اس التهاب الفم کو جو صرف سوڑھوں تک محدود ہوا التهاب لثہ (gingivitis) کہتے ہیں۔ التهاب لثہ کی مختلف قسمیں دوار الحظرد استمہ ٹو (scurvy) اور حاد سفید فونی عدم دمویت (acute leukaemia) میں اور امراض دندان کے مقامی نتائج کے طور پر جو فیزی سریمی سیلان (pyorrhoea alveolaris) کی شکل میں دیکھی جاتی ہیں۔ سنی بوسیدگی کی تحریز کے لئے ملاحظہ ہو حیاتین ۵۔

عفونت دہن (oral sepsis)۔ دانتوں کی تندرست حالت کی اہمیت پر نہ صرف التهاب الفم بلکہ عام خرابی صحت کی حالتوں میں بھی خاص زور دینا ضروری ہے۔ حاد جو فیزی پھوڑے کے علاوہ تین حالتیں ایسی ہیں جو طبی نقطہ نظر سے اہم ہیں: (۱) سن براہی اسرکی سلعہ جسے بسا اوقات غلطی سے سن راہی پھوڑا کہا جاتا ہے جو غریب منڈوں، مردہ دانتوں کی جڑوں اور ایسے دانتوں کی جڑوں کے گرد بنتا ہے جو حیاتیت ر بورہ ہو گئے ہیں۔ یہ ہمیشہ نباتات سمجیہ سے سرایت زدہ ہوتے ہیں جو بالعموم غیر خون پاش قسم کے ہوتے ہیں۔ چونکہ اس کی سلعہ کی دیوار موٹی ہوتی ہے اور دوران تخریج میں وہ دانت کے ہمراہ نکل آتا ہے لہذا جسم کے اندر اس کے انتشار کا اتنا خطرہ نہیں ہے کہ جفتا لطیف التهاب الفم میں ہوتا ہے جو کہ بعد میں بیان کیا جائے گا (۲)۔ ممکن ہے کہ عام خرابی صحت کے علامات اور نکان اور عدم دمویت موجود ہوں۔ یہ بھی اغلب ہے کہ بہت سے مجہول المبدأ امراض کا سبب آئندہ زمانہ میں ہی سمجھا جائے۔ بالخصوص ذہبیہ صدریہ رثیت آسا التهاب مفصل (rheumatoid arthritis) 'ساری التهاب درزن قلبہ (infective endocarditis)، متوالی معدی اور اثنا عشری قروح، التهاب چشم (یعنی التهاب قرنیہ (iritis)، التهاب قرنیہ (keratitis)، التهاب شبیمیہ

(choroiditis) اس راسی اریکی سلمہ کا نتیجہ ہو سکتے ہیں۔ یہ ظاہر ہے کہ مردہ دانتوں کو نکال دینا چاہئے۔ لیکن یہی کافی نہیں، کیونکہ ممکن ہے کہ اس وقت بھی جب کہ دانستہ تندرست نظر آتا ہو اور اسے تعجب تھپانے سے نہ کوئی درد اور نہ کوئی المیت محسوس ہوئی ہو ایک اریکی سلمہ موجود ہو۔ واحد صحیح طریقہ یہی ہے کہ دندانہ شعل نگارشیں لی جائیں جن میں جڑوں کے مقام پر صاف فضا کی موجودگی سے اریکی سلمہ کی شناخت آسانی ہو جاتی ہے۔ ممکن ہے جڑ بچائے خود جذب ہو جائے۔ سرایت سے پیدا شدہ ان فضاؤں کو بعض تشریحی خصوصیتوں سے تمیز کرنا چاہئے، مثلاً بالائی جڑے میں، حنکی حفرہ جو کہ مرکزی شنایا کے راسوں کے درمیان ہے، اداکس سے اوپر انفی حفرات، فکی منارہ جو کہ طواحن اور فواہک کی جڑوں کے قریب ہے۔ زیریں جڑے میں، تحتانی سنی قتال کا خط جو کہ طواحن کے راسوں کے نیچے ہے، اور ذقنی سوراخ جو کہ فواہک کے نیچے ہے۔

(۲) جو فیزیکی سہمی سیلان، جس میں مزمن التهاب ہوتا ہے اور اس کے ساتھ دانتوں کی جڑوں کے گرد کی ہڈی جذب ہو جاتی ہے۔ یہ گردستی عشاکی و بازت کی حیثیت سے شروع ہوتا ہے (جڑوں کے سین گردا گرد کا شفاف رقبہ) اور ممکن ہے سوڑے کے حاشیہ تک محدود و المقام رہے یا تمام جڑ کے گرد پھیل کر عمومی ہو جائے۔ ورقہ جاذہ (lamina dura) (جو کہ گردستی عشا کے گرد ایک غیر شفاف خط ہے) معدوم ہو جاتا ہے۔ دانتوں کے درمیان جیمیں بن جاتی ہیں۔ جیب کا فرش دانتوں کی جڑوں کے درمیان نسبتاً زیادہ چوڑا ہوتا ہے، اور اس کا فتحہ تنگ ہوتا ہے جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ وہ غذائی لیے اور پیپ سے بھر جاتی ہے (ملاحظہ ہو صفحہ ۱۹)۔ میلیت میں جب قدر کا وٹ ہوگی جوئے خون کی سرایت کا وقوع اسی تناسب سے ہونے کا امکان ہوتا ہے۔ جب پیپ کا اخراج آزادانہ ہوتا ہے تو خورد عضویہ نکلے جاسکتے ہیں اور پھر وہ مختلف غذائی اختلالات پیدا کر دیتے ہیں۔ لیکن عضویوں کو نکلنے کی نسبت جوئے خون کی سرایت غالباً زیادہ خطرناک ہوتی ہے۔ گوڈریش (Goodrich) اور موزلی (Moseley) کی رائے ہے کہ جو فیزیکی ریسی سیلان اولاً دہن کے نحیف شعریہ (leptothrix) کی وجہ سے ہوتا ہے۔ لیکن اس کے ساتھ دوسرے عضویہ، نباتات کیمیہ وغیرہ بھی ہمیشہ پائے جاتے ہیں، اور یہ ان مختلف امراض کا سبب ہوتے ہیں جو جو فیزیکی ریسی سیلان سے ثانوی طور پر پیدا



شکل ۱-۲-۳۔ دانتوں کی شعاع نکاشین جن میں بونیفرڈ طبعی ہے۔ نیستی خطہ میں دانتوں کے درمیان باریک نوک والے شوکے (گاتھک Gothic شوکے) اور طبعی و رضا کی خطہ میں عظمیٰ لوحین کی بھی چائیس۔ شکل ۱ میں طبعی مغارہ ایک نسبتاً سات فصا کے طور پر نظر آ رہا ہے اور اس کا مائشہ خوب واضح ہے



شکل ۴-۵-۶۔ جڑے کی شعاع نکاشین جن میں عاجل جو فیزیکی سیلان نظر آتا ہے۔ دانتوں کے درمیان اور گرد کسی قدر بونیفرڈ صف ہو گیا ہے۔ مار کا اکثر حصہ دور کر دیا گیا ہے۔ (ایچ۔ ایم۔ ورتھ کی لی ہونی فلموں سے)۔

ہو جاتے ہیں۔ مگن ہے لطف التهاب العظم مع زندہ دانتوں کے راس کے انجناب کے موجود ہو۔ یا  
 علامت آفیس التهاب العظم موجود ہو۔ آخر الذکر دانت کے راس پر (جو کہ بصلی بن جاتا  
 ہے) جو فیزہ کی بڑی کو معمول سے زیادہ کثیف بنا دیتا ہے (3) لطف التهاب العظم، بقی سبھی  
 مراتب کا نتیجہ بھی ہو سکتا ہے، جو کہ زیادہ تر خون، پاش قسم کی ہوتی ہے، اور اس کا انتخاب  
 جوئے خون کی راہ سے اس سے زیادہ آسانی سے ہوتا ہے کہ جتنا آسانی سے سن رہی لیکن  
 سلعہ میں ہوتا ہے (2)۔

عفونت دہن کی تخریبیں یہی روک۔ تمام کا یہ طریقہ ہے کہ دانتوں کو بالکل صاف  
 اور نار نار سے پاک رکھا جائے۔ اس کے ساتھ ہی اس امر کی انتہائی احتیاط رکھنی چاہئے کہ  
 برش سے زیادہ سختی کے ساتھ رگڑنے سے سوڑھانا ذاتاً زخمی نہ ہوتا رہے۔ غذا میں کافی  
 حیاتینس ہونی چاہئیں۔ سن راسی اس کی سلعہ کا علاج یہ ہے کہ دانت نکال دیا  
 جائے، اور زیادہ بڑے ہوئے جو فیزی رچی سیلان کے لئے بھی یہی بیان درست ہے،  
 کیونکہ اس حالت کا کوئی شافی علاج نہیں ہے۔ دانت کو نکالنے سے چند روز پہلے دو جدا جدا  
 موقعوں پر دانت کو کھریج (scale) کر اور دوسرے طور پر صاف کر لینا مناسب ہے، کیونکہ اس  
 سے عفونی جذب کے رُکنے کا رجحان ہوگا۔ اس کے علاوہ حتی الامکان تمام خراب دانتوں  
 ایک ہی مرتبہ نکال لینا بہتر من ہے (4)۔ تخفیفی علاج یعنی جیسوں کو وقتاً فوقتاً دھو کر  
 صاف کرتے رہنا بھی اختیار کیا جاتا ہے۔

تھامال (thymol) کا آبی محلول ایک مفید غسول دہن ہے، کیونکہ یہ ایک  
 خاص طور پر قوی دافع عفونت دوا ہے۔ تھامال پانی کے اندر بہت ہی خفیف حل پذیر  
 ہوتا ہے، چنانچہ صرف اتنی ضرورت ہے کہ پانی کی ایک بوتل میں اس کی دو یا تین ٹمپس ڈال کر  
 اسے کچھ عرصہ تک رکھا رہنے دیا جائے۔ اگر بیرونی پیش بلند ہو تو یہ محلول زیادہ قوی ہو جا  
 ہے اور منہ میں ایک جلن کا احساس پیدا کرتا ہے، لہذا اسے استعمال سے پہلے ہلکا کر لینا  
 چاہئے۔

## نازلتی التهاب الفم (catarrhal stomatitis)

اسباب۔ نازلتی التهاب الفم اولاً تو کیمیائی یا میکانی خراش سے پیدا





شکل ۸۔ ۹۔ ۱۰ شعاع نکاشتیں جو ترقی یافتہ ریڈیو فیزیسیلان ظاہر کرتی ہیں۔ حروں کے گرد جو فیروزہ تقریباً بالکل ناف ہو گیا ہے۔



شکل ۱۰۔ ۱۱۔ ۱۲۔ شعاع نکاشتیں جو دانتوں کی جڑوں کے گرد پیچوڑے ظاہر کرتی ہیں۔ یہ صاف فضاؤں کے طور پر نظر آتے ہیں جن میں جڑیں روز کرتی نظر آتی ہیں۔ شکل ۱۲ میں متاثرہ دانت میں ایک بھرت (filling) موجود ہے جو کہ لسی کف میں لڑکئی ہے۔ بوجہ انحداسہ خراجی کہنے میں جڑ کی نوک کا کنڈہ پڑ جا رہا ہے ملاحظہ کرنا چاہئے۔ اس شکل میں زری اور صاف مصالطبی معادہ ہے (ایچ۔ ایم۔ ورنڈ کی لی ہونی فلموں سے)

ہو سکتا ہے، جیسے کہ ترشوں اور قلیویات کے تماس کثرت شراب نوشی یا ٹوٹے ہوئے یا بوسیدہ  
دانٹوں کی موجودگی سے۔ درہم وہ ایسے التهاب سے پیدا ہو سکتا ہے جو ہم پہلو حصوں سے  
پھیل آئے، جیسے کہ ناک یا انفی بیوم سے۔ یہ جو ہم بعض سموم کے عمل سے، یعنی پائے، جست،  
اور سنگدبا سے۔ اور چہارم بعض عمومی اور بیشتر ساری حالتوں کی وجہ سے، جیسے کہ کھسرا  
چپک، آتشک، دادا، خضر سفید، خونی عدم دمویت وغیرہ سے۔

علامات یہ ہیں:- موڑھوں، لبوں اور گالوں کی اغشیہ مخاطیہ کا ورم اور  
زائد سرخی زبان کا ورم کثرت رقیق اور حدی مخاط کے افراز کا بڑھ جانا جو سطح پرایک منہاد  
کی طرف چپک جاتا ہے، اور ہم پہلو لمفائی غدود کا ورم۔ چبانے اور نگلنے میں درد ہوتا ہے  
اور ممکن ہے کہ سانس بدبودار ہو۔ بعد کے درجوں میں خراشیدگی اور اوپری قلعے  
واقع ہو جاتا ہے۔

علاج:- حتی الامکان خراش کے تمام اسباب دور کئے جائیں اور دافع  
عقون غسولات کام میں لائے جائیں جیسے کہ بورک آئینہ (۲ تا ۵ فی صدی) پوٹاشیم  
کلورائیڈ (۳ فی صدی)۔ اور مابعد درجوں میں نسبتہ بہت زیادہ قابض محلولات جیسے  
کہ پھشکری (alum) (دگرین فی اونس) یا گلیسرین آف ٹینائن (glycerine of tannin)

## قلاعی التهاب الفم

(aphthous stomatitis)

یہ بچوں میں ہو اکر تا ہے، باغضمیں پہلے انگار کے زمانہ کے قرب میں اور بالعموم  
323 میں کمتر ہوتا ہے۔ اس میں یہ ہوتا ہے کہ موڑھوں اور زبان پر اور لبوں اور گالوں کی  
اندرونی سطح پر کول رمادی چکیتیاں یا قلاعات بن جاتے ہیں۔ یہ قطر میں ۲ تا ۵ ملی میٹر  
اور سطح سے قدرے اوپر اٹھے ہوئے ہوتے ہیں، اور اگرچہ آلبوں کی طرح نظر آتے ہیں  
لیکن درحقیقت سرحد کے نیچے ایک فائبرینی ارتشاح ہونے کی وجہ سے پیدا ہو جاتے  
کچھ عرصہ کے بعد سرحد جھڑک کر گر جاتا ہے اور جھوٹے رمادی رنگ کے قرض روخا  
بن کے خائیشے غلک اور سرخ ہوتے ہیں۔ بتلا شدہ یکے بے پین ہوتے ہیں

انہیں کیسے ترتیب ہوتی ہے، ریت کی خفیف سی زیادتی ہوتی ہے، اور دودھ پینے میں یا چبانے میں درد ہوتا ہے۔ یہ قروح چند روز میں مندمل ہو جاتے ہیں، لیکن بعض مریضوں میں ممکن ہے کہ پھر نمودار ہو جائیں۔ بالعموم میں قلاعات اتنے بے شمار نہیں ہوتے جتنے کہ بچوں میں۔

علاج۔ دافع عفونت غمالات اور کلیسیرینم بورا اسیس (glycerinum boracis) استعمال کئے جاتے ہیں۔ بالعموم میں نائٹریٹ آف سولور (nitrate of silver) کے لگانے سے درد فی الفور کم ہو جاتا ہے اور اکثر جلد شفا ہو جاتی ہے۔

## گنگرینی التهاب الفم (gangrenous stomatitis)

یہ مرض جسے آکلندہ الفم (cancerum oris or noma) بھی کہتے ہیں کمزور بچوں میں ہوتا ہے، یا ایسے بچوں میں جو خراب منی حالات میں ہوں یا ایسے بچوں میں جو ساری مرض سے معیاب ہو رہے ہوں جن میں کھسرا اور تپ محرق عام توبین ہوتے ہیں۔ یہ جراثیمی سرایت کی وجہ سے ہوتا ہے۔ تغیرات بہت سریع الوقوع ہوتے ہیں۔ گال کی اندرونی سطح پر تصلب کا ایک چھوٹا سا نقطہ پیدا ہو جاتا ہے، اور جلد ہی گال کی ساری دبازت سخت ہو کر مرکز میں سیاہ اور آس پاس میں ہو جاتی ہے، الفاظ دیگر ایک غشیہ بن جاتا ہے۔ اگر یہ بڑھتا رہے تو کال میں سورخ ہو جائے گا، اور اگر یہ لبوں پر ہے تو مسوڑھا ماؤف ہو کر دانت گر پڑیں گے۔ درو یا تپ بہت کم ہوتی ہے، لیکن بچہ جلد خستہ ہو کر مر جاتا ہے۔

علاج۔ بچہ کو بچانے کا واحد طریقہ یہ ہے کہ ماؤف حصہ کو فی الفور نائٹرک ایسڈ سے تلف کر دیا جائے یا چاقو سے اس کا استیصال کر دیا جائے۔ علاوہ ازیں بچہ کو غذا اور مشروبات سے بہرہ رادینا چاہئے۔

## قلاع (thrush)

قلاع کمزور اور ناقص تغذیہ رکھنے والے شیرخواروں میں اور بالخصوص ان میں

جنہیں ہاتھ سے غذا دی جاتی ہے، یا جو اسہال میں مبتلا ہوں، اور بالعموم میں لاغری پیدا کرنے والے امراض کے آخری درجوں میں مثلاً سل ریوی (phthisis)، سرطان، اور تپ محرقہ میں دیکھا جاتا ہے۔ لبوں، گالوں، سوڑھوں، نالو اور زبان کی غشائے مخاطی پر دودھ جیسی سپید چکیتیاں ہو جاتی ہیں، جو شکل میں بے قاعدہ، منتشر، مجتمع، سطح سے قدرے اونچا اٹھی ہوئی، اور ایک باریک سرخ لکیر سے گھری ہوتی ہیں۔ اگر ایک ایسی چکیتی کو چھیل کر نکال دیا جائے تو اس کے نیچے کی غشائے مخاطی شوخ سرخ رنگ کی پائی جاتی ہے، بلکہ اس کی کثیف درخون ہوتا ہے، اور تھوڑے عرصے کے بعد چکیتی پھر بن جاتی ہے۔ وہ سرخی چھیلکوں (گلوسچوں) اور ایک فطر یعنی بویضی فطر (oidium albicans) کے بذروں اور فطری جال (mycelium) پر مشتمل ہوتی ہے کیٹیلانی (Castellani) کی رائے ہے کہ مدارینی ممالک میں قلاع بہت سی قسموں کے فطر کے باعث ہو سکتا ہے۔ یہ فطر پہلے سرخ کی درمیانی تہوں میں نمایاں ہوتا ہے اور پھر وہاں سے اوپری اور گہری تہوں کے طرف دونوں سمتوں میں پھیلتا ہے۔ اغلب ہے کہ اس التهاب الفم کا سبب جو اس کے ساتھ ہوا کرتا ہے، فطر کی بالیدگی ہے۔ لیکن ڈوگیل (Vogel) نے بیان کیا ہے کہ دہن کے افرازات جو سپید چکیتوں کے نمودار ہونے سے پہلے ترشٹی ہوتے ہیں فطر کے جڑوں میں مدد ہوتے ہیں۔ جن بچوں کو قلاع اور اسہال ہوتا ہے، ان میں اکثر اوقات مبرز کے گرد انسجبات ہوتے ہیں، جن کی بنا پر عوام کا یہ خیال ہے کہ قلاع بچہ کے اندر سے گذرتا ہوا نیچے سے نکل گیا ہے۔ لیکن گوشید اصابتوں میں قلاع بلعوم اور مری تک پھیل جاسکتا ہے، تاہم وہ استوائی سرخ سے ڈھلکے ہوئے حصوں پر نہیں واقع ہوتا۔ یہ مبرز یا طغ یا تو اجمراہ نمبلی (erythema intertrigo) یا پیدائشی ناریہ (congenital syphilide) ہوتا ہے۔ قلاع سے کثیف مقامی تخلیف اور نکلنے یا دودھ پینے میں درو پیدا ہو جاتا ہے، لیکن ان کے علاوہ جو علامات ہوں وہ بالخصوص صحت کی ماضی حالت کی وجہ سے ہوتے ہیں۔

علاج - مریض کی عام حالت کی اصلاح کرنی چاہئے۔ شیر خواروں میں غذا کو مناسب بنانا اور اسہال کو روکنا چاہئے۔ کھانے کے بعد ہر بار منہ کو ایک نرم کپڑے کے ایک تازہ ٹکڑے سے پونچھ کر صاف کر دینا چاہئے، اور چکیتوں کو بوریکس (borax) کے محلول (اگرین ایک اونس میں) سے چھو دینا چاہئے، یا قدرے گلیرین آف بوریکس۔

(glycerine of borax) منہ کے اند باقی رہنے دینا چاہئے۔

324

## مری کا تسد

(OBSTRUCTION OF THE OESOPHAGUS)

یہ غذائی نالی کے اس حصے کی اہم ترین اہمیتی حالت ہے۔ اس کے اسباب یہ ہیں۔  
اجسام غریبہ کا پھنس جانا جیسے کہ مصنوعی دانتوں کا۔ واسطی بالیدوں (mediastinal growths) اور نہایت ہی شاذ طور پر صدری نورسماؤں کا باہر سے دباؤ ڈالنا۔ خود نالی کی دیواروں میں سرطانی یا دوسرے سلعات کی بالیدگی۔ اکال سموم سے متضرر ہو جانے کے بعد اس میں جو قروح پیدا ہو جائیں ان کے انقباض سے ضیق پیدا ہو جانا۔ عضلی دیواروں کا فعلی شیخ۔ قوٰد کا عدم ارتخاء یعنی تشنج الفواد (cardio-spasm)۔ عطفے۔ آخری چار حالتوں پر علحدہ علحدہ غور کیا جائے گا۔

## مری کا سرطانی سلعہ

(carcinoma of the oesophagus)

بیموٹا بڑی عمر میں ہوا کرتا ہے اور عورتوں کے نسبت مردوں میں زیادہ ہوتا ہے یہ بالید مری کے بالائی ٹکٹ کے نسبت زیادہ کثرت کے ساتھ اسکے درمیانی اور زیرین ٹکٹ میں واقع ہوتی ہے، لیکن قصبۃ الریہ کی دو شاخوں کے مقابل اور مری کی قوادی انتہا پر وہ بالخصوص کثیر الوقوع ہوتی ہے۔ مری کا سرطان ہمیشہ اولی ہوتا ہے۔ رفتہ رفتہ وہ اندرون مری میں ناہموار متفرج سطح پیدا کر دیتا ہے۔ رسولی مری کو جزئی یا کلی طور پر گھیر لیتی ہے اور انتصافا تاہم انچہ تک پھیلیتی ہے۔ مزید برآں یہ اکثر قصبۃ الریہ یا پھیپھڑے کی جڑ کو آؤف کر دیتی۔ یا باز گرد سختی اعصاب پر دباؤ ڈالتی ہے۔ واسطی لمنفی غدہ بڑے ہو جاتے ہیں اور عام طور پر عنقی غدہ بھی ابتدا ہی سے بڑے ہو جاتے ہیں۔

علامات۔ پہلی اور نمایاں علامت عمر البلوغ ہے۔ مریض ٹھوس چیزیں نگلنے میں دقت محسوس کرتا ہے جب کہ وہ سیالات بہ آرام آتا رہتا ہے۔ یہ دقت بتدریج زیادہ ہوتی

جاتی ہے، اور بالآخر ٹھوس غذا چھوڑ دینی پڑتی ہے۔ صرف مائعات لے جاسکتے ہیں، اور اگر ایک وقت میں ایک منہ بھر سے ذایہ مانع لینے کی کوشش کی جائے تو وہ واپس نکل آتا ہے اور ممکن ہے کہ مریض کو اچھو لگ جائے۔ درد عموماً نہیں موجود ہوتا۔ چند ہفتوں کے بعد مریض دوبارہ ہونا شروع ہوتا ہے اور اس کی طاقت و توانائی کم ہوتی جاتی ہے۔ یہ علامات عموماً ترقی پذیر ہوتے ہیں، لیکن کبھی کبھی رسولی کی سطح پر سے بعض حصوں کے ریزہ ریزہ ہو کر علیحدہ ہو جانے کا یہ نتیجہ ہوتا ہے کہ مری کا قطر یہ پھر بڑا ہو جاتا ہے، اور مریض کی حالت میں عارضی اصلاح ہو جاتی ہے۔ اگر کوئی تدارک نہ ہو سکا ہو تو غصہ خستگی سے بایں پیچیدگیوں کے باعث موت واقع ہو جاتی ہے۔ اس طرح پر بعض مریضوں میں رسولی کے پھیلنے سے قصبۃ الریہ کے ساتھ ارتباط واقع ہو جاتا ہے۔ غذا کے ریزے سانس میں اندر چلے جاتے ہیں اور عفونی شعبی ذات الریہ (septic broncho-pneumonia) شروع ہو جاتا ہے دوسرے مریضوں میں فوبالید کا حملہ براہ راست شش پر ہوتا ہے اور گنگرین یا شئی ذات الریہ جس کے ساتھ ممکن ہے کہ ذات الجنب یا تقیع الصدر بھی موجود ہو، مریض کو موت کے گھاٹ اتار دیتا ہے۔ اور بھی دوسروں میں اس وقت جب کہ بالید مالائی پر ہو، باز گرد خجری اعصاب پر دباؤ پڑنے سے مزار کے عضلات متباعدہ مشلول ہو جاتے ہیں جس سے ممکن ہے کہ امتناق پیدا ہو جائے۔ شاید امواتوں میں ایسا بھی ہوا ہے۔ رسول نے اور طی کو کھاکر ہلاکت نیز نرف پیدا کر دیا۔ بالآخر سرطان کے حوالہ دوسرے اعضا بھی پیدا ہو جاتے ہیں، بالخصوص جگر اور پھیپھڑوں میں۔ کبھی کبھی ہی موت کا سبب ہوتے ہیں، دراصل ایک مری کے اندر کی بالید اس قدر خفیف ہوتی ہے کہ نگلنے میں کوئی دقت نہیں پیدا کر سکتی۔

تشخیص۔ پچاس سال سے اوپر کی عمر والے شخص میں تدریج بڑھتا ہوا غذا اور امواتوں کی غالب تعداد میں مری کے سرطانی سلسلہ کے باعث ہوتا ہے۔ بعض اوقات ہے کہ عسر البلع کی حالت نظر انداز ہو جائے۔ مثلاً غذا مری کے اندر تنگی کے مقام سے اوپر ہی اوپر اتنے عرصہ تک ٹہری رہے کہ اس کی باز ردی کو مریض یا کوئی غیر محتاط مہتمم غلطی سے تھے سمجھ لے، اور اس طرح ایک معدی ضرر کی غلط تشخیص ہو جائے۔ مریض اکثر دھٹیک لیول بتا سکتا ہے جہاں تسد واقع ہوتا ہے۔

قصبتہ الزیہ کی دو شاخیں کے مقام پر مری کی سرطانی تضیق کی شعاع نکاشت جو کہ ترجیحی وضع میں ڈوگی ہے۔ یہ مری کے استقلاب جو کہ مریض نے نگل لیا ہے، مری کا بالائی سرا سمٹا ہوا نقطہ ہے۔ بیریکو بائید سی دھاری متعصبہ کے پینڈے سے مری میں نیچے گزرتی دکھائی دیتی ہے۔ بالید کے سبب سے درد نہ کی لئے قائم گی اور کھانسی آتی ہے۔ بیریکم کے سامنے کا سایہ اوٹلی کی خراب ہے۔ (مرٹنڈو لیولنڈ سے لاک کے لئے ہونے سمند سے

بسمتھ کھلانے کے بعد اگر لاشعاع کا استعمال کیا جائے تو تسدو کی موجودگی کی نہایت آسانی کے ساتھ تصدیق کی جاسکتی ہے، اور اس وقت تسدو کا ٹھیک مقام اور اسکی وسعت بھی بتلائی جاسکتی ہے۔ ان شعاعوں سے یہ بھی ظاہر ہو جائے گا کہ ضرر مری کے اندر ہے یا باہر سے دباؤ پڑنے کا نتیجہ ہے (ملاحظہ ہو صفحہ ۱۷)۔ جب تسدو مری کے اندر واقع ہو تو پھر بھی سرطانی سللہ، ندبی یا شنجی عینق، عطاقت اور قوا کے عدم ارتخا کے درمیان امتیاز کرنا ضروری ہے۔ مری بلین کے ذریعہ راست معائنہ کرنا چاہئے۔ عدم ارتخا کی حالت میں مری بہت تنگ ہوتی ہے، لیکن رسولی کی صورت میں اتساع زیادہ نہیں ہوتا کیونکہ آخر الذکر حالت میں تسدو زیادہ حاد طور پر واقع ہوتا ہے۔ ایک بند پولی ٹی جس کے اندر اسے وزنی کرنے کے لئے پارہ بھر دیا گیا ہو، مری کے اندر داخل کی جاسکتی ہے (Hurst)۔ رسولی کی حالت میں یہ نہیں گذریگی، لیکن عدم ارتخا کی حالت میں عموماً گزرجائے گی۔ بڑے اور سخت عینقی غدودی موجودگی سے بھی رسولی کی تائید ہوتی ہے۔

انذار۔ یہ یکساں طور پر خراب ہوتا ہے۔ اگر تسدو دور بھی کر دیا جائے تو بھی ضیبت رسولی تھوڑے ہی عرصہ میں آگے پھیل کر مہلک ثابت ہوگی۔ مدت حیات عموماً چھ سے بارہ مہینوں تک کی ہوتی ہے۔

علاج۔ اگر ایک چھوٹی جسامت والی شمع گزاری جاسکے تو ہر دوسرے یا تیسرے دن اس کے استعمال سے راستہ کو کچھ عرصہ تک کھلا رکھا جاسکتا ہے۔ لیکن غذا نے لئے راستہ کو کھلا رکھنے کا بہترین طریقہ یہ ہے کہ ادخال انبوبہ اس طریقہ میں جو کہ کریش ایبر (Krishaber) کا ایجاد کردہ ہے کچھ ترمیم کر لی جائے۔ ایک انبوبہ تصفیق کے آ پار گد ار کرا سے اسی زن تک یا مستقلاً علی مالہ رہنے دیا جاتا ہے اور مریض کو اسکی وساطت سے سبیل غذا دی جاتی ہے۔ اگر یہ تدابیر ناقابل عمل ہوں تو نفویہ معدہ (gastrostomy) کے عملیہ کے ذریعہ معدے کو کھول سکتے ہیں۔ بعض اوقات مری کی بالید پر ریڈیم کے مقامی استعمال سے عینق میں تخفیف حاصل کی جاتی ہے عینق لاشعاعوں کے استعمال سے اچھے نتائج حاصل ہوتے ہیں۔



## ندبی تضیق

(cicatricial stricture)

اس میں بھی خاص علامت عمر البلع ہے۔ لیکن یہ سرطان سے اس امر میں مختلف ہوتا ہے کہ یہ ایک خاص درجہ سے ترقی نہیں کرتا، اور اس کے سوا کہ اس کے اوپر کی انبوبہ کا اتساع ہوتا ہے، کوئی دوسرا ثانوی اثر پیدا نہیں کرتا۔ اس اتساع کا یہ نتیجہ ہوتا ہے کہ غذا ضیق کے مقام سے اوپر اکثر مجتمع ہو جاتی ہے اور کچھ عرصہ کے بعد واپس نکل آتی ہے۔ تشخیص۔ مری بینی کے ذریعہ متین کی جاتی ہے۔

علاج میں کامیابی کا کافی موقع ہوتا ہے بشرطیکہ مجس یا پالے کی نلی تضیق کی راہ سے معدے کے اندر داخل کی جاسکے۔ اسے باقاعدگی کے ساتھ دن میں ایک یا دو بار استعمال کرنا چاہئے، اور رفتہ رفتہ زیادہ بڑے بڑے آلات گزارنے کی کوشش کرنی چاہئے۔ ممکن ہے کہ مائع غذا کی ہمیشہ ضرورت پڑے۔ ناموافق اصابتوں میں تقویہ معدہ کا غلبہ مناسب ہوتا ہے۔

## شنجی تضیق

(spasmodic stricture)

درحقیقت یہ ایک بالکل عام حالت ہے، اگرچہ عموماً اس بات کا صحیح اندازہ نہیں کیا جاتا۔ ننگلے میں دقت ہوتی ہے، اور ساتھ ہی حلق اور سینہ میں ضیق کا ایک دردناک احساس (سوزش سینہ) ہوتا ہے۔ یہ شنج لاشاعوں سے پیدا ہوا جاسکتا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ ۸۳)۔ لیکن یہ کہ وہ سوء المزاجی علامات کی ایک خصوصیت ہو (ملاحظہ ہو صفحہ ۳۳۳) اور اس طرح سے بلع البروا کے جسمراہ پایا جائے۔ درد غالباً مری کے اتساع کی وجہ سے ہوتا ہے جو اس کے ساتھ موجود ہوتا ہے جیسا کہ لاشاعی ترسیم۔ تظاہر ہے، شنج مطلق نہیں ہوتا بلکہ غیر شفاف کھانے کا کچھ حصہ تضیق کے پار نکل ہی جاتا ہے۔

علامہ پلومر و ونسن (Plummer-Vinson syndrome)۔ یہ ایک فعل



الف مری عطفہ بیرجم کھانے کے بعد۔ (شعاع نگاشت لند سے لاک نے لی ہے۔)



ب۔ سوزش سینہ میں ترچھے طور پر دیکھنے پر مری کی شعاع نگاشت۔ مری ہوا سے متھو ہے اور بالائی اوزرین

دونوں سروں پر شخ موجود ہے۔ (ڈبلیو۔ ڈبلیو پین: W. W. Payne اور ای۔ پی۔ پٹن: E. P. Pulton)

عسر البلع ہے جو ایسے مریضوں میں ہوتا ہے جن کو ثانوی عدم دمویت اور بعض اوقات تفہیم الطحال کی شکایت ہوتی ہے۔ ناخن اکثر اوقات چبچھا ہوتے ہیں۔ یہ تقریباً خالصتہ عورتوں میں ہوتا ہے اور اکثر مریض اپنے پورے دانت نکلوا چکے ہوتے ہیں۔ زبان صاف لہلہ اور سرخ اور بلعومی دیوار مچلی ہوتی ہے۔ یہ حالت پہلے ہل پیٹر سن (Paterson) اور برون کیلی (Brown Kelly) نے ۱۹۱۹ء میں دریافت کی تھی (5)۔ تسد بلعوم اور مری کے مقام اتصال پر واقع ہوتا ہے اور ممکن ہے کہ نکلنے سے متعلق بلعومی عضلات کی کمزوری کی وجہ سے ہو یا حلقی بلعومی عضلہ کے مرتخی نہ ہو سکنے کی وجہ سے ہو۔ علاج کا مقصد عدم دمویت کو اور شمععات گزار کر عسر البلع کو شفا دینا ہے (6)۔

## فواد کا عدم ارتخاؤ

(achalasia of the cardia)

(شیخ الفواد = cardio-spasm) (تصلد مری = oesophagectasia)

(مری کا خود ہوا اتساع = idiopathic dilatation of the oesophagus)

326

دیوار مری کا زیرین ۲ یا ۳ انچ جو اکثر امتحانات بعد المات میں مری حالت میں اور اوپر کی دیوار سے قدرے زیادہ موٹا نظر آتا ہے، فواد کی عضلہ عاصروہ ہے۔ زندگی کے دوران میں فواد اپنے طوی اور مدور ہر دو قسم کے عضلی ریشوں کے انقباض سے بند ہوتا ہے۔ ہر دو دی حرکت کی موج کے آگے وہ ڈھیلا پڑ جاتا اور بالآخر پیسر مضبوطی کے ساتھ منقبض ہو جاتا ہے اور غالباً اس عمل کے دوران میں معدے کے اندر قدرے متغیر ہو جاتا ہے (7)۔ نکلنے کے بعد حرکت دو دی مری کے بالائی سرے سے کیفند آہستہ آگے بڑھتی ہے اگرچہ سیال غذا ایک دم نیچے چلی جاتی ہے۔ چنانچہ قبل اس کے کہ عضلہ عاصروہ ڈھیلا ہو، سیال کا بیشتر حصہ چند ثانیوں تک اس کے اوپر رکا رہتا ہے۔

امراضیات - فواد کے عدم ارتخا (15، 16) یا شیخ الفواد کی حالت میں فواد بند رہتا ہے۔ لیکن جس مضبوطی کے ساتھ وہ بند رہتا ہے وہ مختلف اصابتوں میں مختلف اوقات پر مختلف ہوتی ہے۔ ممکن ہے کہ جس دلتے میں وہ مطلق مزاحم ہو، یا ممکن ہے اس کی مزاحمت ایسی ہو کہ اس پر غلبہ نہ حاصل ہو سکے (8)۔ یہ پایا گیا ہے کہ اوڑ باخ کا

ضفیرہ جو طوی اور مدور عضلوں کے درمیان واقع ہے، ملہتب ہو جاتا ہے، اور زیادہ عرصہ کی اصابتوں میں تلف ہو جاتا ہے (۹)۔ ابتدائی درجوں میں مری کے شکول حصے سے اوپر عضلہ طبقہ بیش پر درودہ ہو جاتا ہے، جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ غذا اکامیابی کے ساتھ فواد کے آریار گذر جاتی ہے اور کوئی علامات ظاہر نہیں ہوتے۔ بعد میں اتساع مختلف درجہ کی بیش پرورش کے ساتھ واقع ہوتا ہے اور ممکن ہے کہ مری کے مخاطی طبقہ میں بھی کچھ مزمن التهاب موجود ہو۔

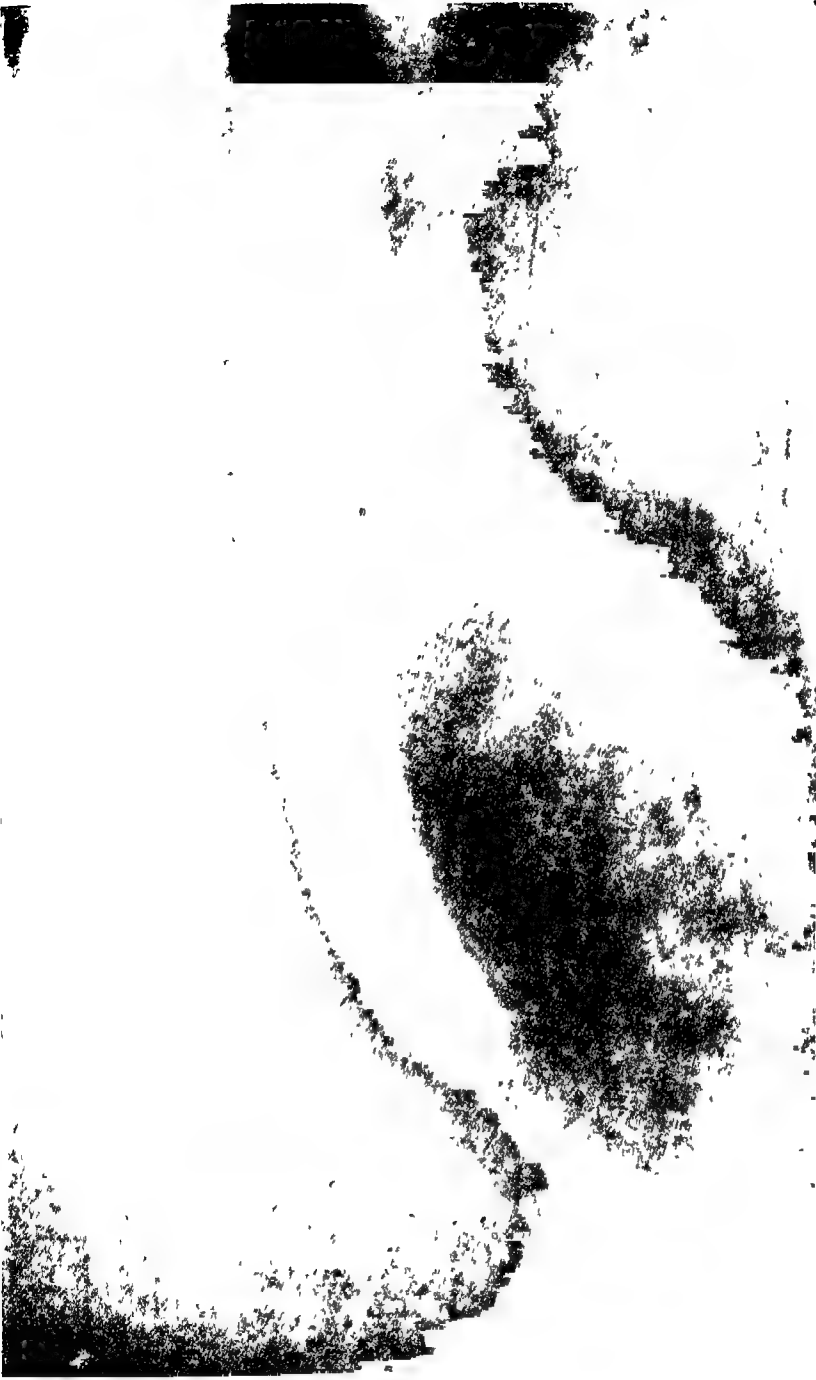
ضفیرہ اور بلخ غالباً عصب تانیہ کے لئے ایک بدل چوکی ہے، اور یاد رکھنا چاہئے کہ خرگوش میں عصب تانیہ کی تہیج کرنے سے فواد مرتخی ہو جاتا ہے۔ لہذا عدم ارتشاک کے متعلق یہ سمجھنا چاہئے کہ یہ مری کے زیریں سرے کا شلل تانیہ ہے جس سے عضلہ عامرہ حرکت دہری کی موجوں کے آگے بند رہتا ہے۔ چونکہ عصب مشارکی کے وہ ریشے جو عضلی ریشوں کو پہنچتے ہیں غالباً صحیح و سالم رہ جاتے، اور غالباً عضلہ عامرہ کا انقباض پیدا کرتے ہیں، لہذا یہ تعجب خیز نہیں کہ عموماً ایک حقیقی فوادی شنج دیکھا جاتا ہے۔

فواد کا عدم ارتشاک تشک کے سبب سے ہو سکتا ہے، اور مطلقاً ضیق (mitral stenosis) میں بھی ہوا ہے، جہاں قیاس ہوتا ہے کہ قسح بایاں اُوزین عصب تانیہ کو دبا دیتا ہے۔ وہ معدی قرحہ اور سرطانی سلعہ کی حالت میں بھی واقع ہوا ہے۔ عموماً اس کا کوئی ظاہر سبب نہیں پایا جاتا۔

علامات۔ بعض اوقات اس کے مریضوں میں برسوں تک یہ شکایت ہوا کرتی ہے کہ نگلنے کے بعد انھیں حلق میں غذا کے چپک جانے کا احساس ہوتا ہے، شرا سیف کے مقام پر حقیقی درودہ ہوتا ہے، غذا باز رو ہو جاتی ہے، یا ان کے بیان کے مطابق تھہرتی ہے۔ یہ حالت اکثر تدریج پیدا ہوتی ہے، اور ممکن ہے کہ ابتداءً شنجی ہو، اور وقتاً فوقتاً عود کرتی ہو۔ بسمتھ (bismuth) کی غذا لینے کے بعد لاشاعی امتحان کیا جائے تو ظاہر ہوتا ہے کہ مری قسح ہو کر ایک مکملہ نما جسم بن گئی ہے، جس کا زیریں سرانوبہ زیادہ چوڑا ہوتا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ ۱۹ اور ۲۰)۔ ممکن ہے کہ یہ اتساع مری بین سے بھی نظر آجائے، ہڈیاں اصابتوں میں مری کے عریض ترین حصے کا اندرونی محیط۔ ۱۶ اینٹی میٹر دہنما ۶ اینچ) ناپ تک پہنچ گیا ہے۔



ترپھے مو پر دیکھنے پر مری کی شعاع نکاشتیں جن میں مری کے اساعات اور فواد کا عدم امتزاج بتایا گیا ہے۔ جبندے کا  
 تنگ حصہ فواد کے مدخل کے مقام پر ہے۔ فقری عمود کے سامنے کا سایہ دایا دایا فرام جی۔ (مسٹر ڈیولنڈ سے  
 لاک کے لئے ہونے صفحہ سے)



صفحہ ۱۹ سے امتیاز کرنے کے لئے ایک طبی مری کی شعاع شکستہ کی گئی ہے۔ ایک سرخ مکشف منہ بھر بیرم کھانے کے دو تین سیکنڈ بعد کیا گیا اس وقت جبکہ ابھی فواد اتمانہ خانی نہیں ہوا تھا کہ بیرم کو معدہ میں گر جانے دے فواد کا دوہرا سایہ یعنی پینڈے پر بیرم کی تنگ بھاری اس لئے ہے کہ دوران تکشف میں فواد کا مقام بیرم کے عمود کے وزن سے بدل گیا تھا۔ (ڈبلو۔ ڈبلو مین اور ای۔ بی۔ یولٹن)

علاج - بعض امابتیں جہلک ثابت ہوئی ہیں۔ دوسری اصابتوں میں مریضوں نے اس وقت کا ارتفاع مانع غذا سے، یا ٹھوس غذا کو نہایت احتیاط کے ساتھ چبانے سے کیا۔ اکثر پایا جاتا ہے کہ سیال اتنا وہ جب مری کے طول کے برابر پہنچ جائے تو وہ سیال سکونی دباؤ کے زور سے عضلہ عامرہ کے آر پار اپنا راستہ نکال لیتا ہے جس سے اس کا لیول کمیتد گر جاتا ہے اور اس طرح کچھ غذا پہنچ جاتی ہے۔ بعض اصابتوں کا تدارک زیادہ متعدی کے ساتھ اس طرح کیا گیا ہے کہ ایک پارے سے بھری ہوئی زبر کی نلی ہر کھانے سے پہلے معدے میں داخل کر دی گئی ہے یا ایک انبوہ مری کو معدے میں داخل کر کے اور سارے وقت علی حالہ رکھ کر مریض کو چار دن تک غذا دی گئی ہے۔ غیر العلاج اصابتوں میں شکم کی راہ سے معدے کو کھول کر عضلہ عامرہ کا اتساع عمل میں لایا جاتا ہے۔

## عطفے

(diverticula)

مری کی دیواروں میں جلیں (pouches) پائی جاتی ہیں۔ اور ان کی تقسیم (۱) فشاری عطفوں (pressure diverticula) اور (۲) جبری عطفوں (traction diverticula) میں کی جاتی ہے۔

۱۔ فشاری عطفے اجسام غریبہ کے مغرور ہو جانے سے، یا دوسرے مقامی تضرر کی وجہ سے پیدا ہو جاتے ہیں۔ اس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ بظاہر عضلی طبقہ کمزور ہو جاتا ہے، اور مخاطی اور سخت المخاطی طبقات عضلی ریشوں کے درمیان سے باہر ابھر جاتے ہیں، چنانچہ عضلی ریشے عطفے کی پوشش میں حصہ نہیں لیتے۔ جب ایک بار ایسا ہو جائے تو اس تاجہ کے اندر غذا جمع ہو جاتی ہے، اور یہ تھیلی بت ریح بڑی ہو جاتی ہے یہاں تک کہ یہ ۴ یا ۳ انچ کے قطر تک پہنچ جاتی ہے۔ ۲۔ جبری عطفے جو عموماً کوئی علامتیں نہیں پیدا کرتے، پاس کے حصوں سے مری کے چپک جانے کی وجہ سے نمودار ہو جاتے ہیں مثلاً متقیح یا تدرنی شعبی غد کی وساطت سے جس سے طبقات قیف ماصورت میں باہر بھیج آتے ہیں۔ عطفوں کی شکل عموماً نیم کروی ہوتی ہے۔ وہ پیچھے، بلعوم اور مری کے مقام اتصال پر نہایت عام ہوتے ہیں، جب کہ وہ گردن کے دونوں طرف یا بعض اوقات

صرف بائیں طرف ہی بروز کرتے ہیں۔ اس کے بعد دوسری عام ترین جلد مری کے زیریں سرے کے قریب ہے (۱) (صفحہ ۲۳ الف)۔

علامات یہ ہیں، عسر البلع، غذا کی بازروی، جس کے ساتھ کثرتِ جمیولگ جاتا ہے یا کھانسی ہوتی ہے، اور تاجہ کے اندر غذا کی تحلیل سے یانس میں بدبو آتا۔ غذا اتنی جمع ہو سکتی ہے کہ مری بالکل مدود ہو جائے۔ عطفوں کی تشخیص بیریم نکلتے کے بعد لاشاعوں کے ذریعہ سے کی جاتی ہے (ملاحظہ ہو صفحہ ۱۸ الف اور ۲۳ الف) اور مری زمین سے بھی ہو سکتی ہے۔

علاج۔ عملیہ کر کے جب کا استیصال کر سکتے ہیں۔ خفیف اصابتوں میں منہ بھر کر پانی اندر لے کر اور ازاں بعد اس پانی کو بذریعہ بازروی باہر نکال کر جب کو باقاعدگی کے ساتھ دھونا ممکن ہے۔

## معدے کا امتحان

معدے کی وضع، مریض کی وضع کے ساتھ بدلتی رہتی ہے۔ انتصابی وضع میں معدہ کا فوادی سر اعظمی صدر کے اندر واقع ہوتا ہے، اور اس کا جسم اور قوالب شکم کے اندر ہوتے ہیں۔ افقی وضع میں معدہ اور بھی پیچھے گر کر پسلیوں کے نیچے چلا جاتا ہے، اور شریف میں اس کا صرف قوالبی حصہ رہتا ہے۔ معدے کے اندر ہمیشہ کسیدہ ہوا موجود رہتی ہے اور اس کی شناخت کا ذریعہ وہ کامل قطبلی آواز ہے جو سامنے بائیں صدر کے زیریں حصے کا قزع کرنے سے حاصل ہوتی ہے۔ یہ رقبہ اوپر ہمیشہ قلبی اہمیت سے اور پیچھے طالی اہمیت اور ریوی گمک سے محدود ہوتا ہے۔ معدے کے قزع سے جو آواز حاصل ہوتی ہے اسے اس آواز سے تمیز نہیں کیا جاسکتا جو آنتوں کے اندر کی ہوا کے سبب سے ہوتی ہے، لہذا معدے کا خاکہ دریافت کرنے کے لئے یہ طریقہ کسی کام کا نہیں۔ معدہ کے متعلق حیرت انگیز امر یہ ہے کہ اس کی جسامت اور وضع میں بہت بڑے اختلافات واقع ہو سکتے ہیں، مگر جن سے غذا کی تغیر پذیر مقداروں کے لئے گنجائش نکلتی ہے۔ دوسرے احشاء کی طرح معدے میں طولی اور مدور عضلی ریشوں



ایک نظام موجود ہوتا ہے، لیکن اس کے علاوہ اس میں ترجیحہ ریشوں کا ایک اندرونی نظام بھی ہوتا ہے جو مری کے مدور ریشوں سے نکل کر نیچے کے طرف معدے کے انحنائے سفیر کے برابر چلے جاتے ہیں اور اگلی اور پچھلی سطحوں پر ایک پنکھ کی طرح پھیل جاتے ہیں۔ یہ ممکن معلوم ہوتا ہے کہ اس نظام کا تعلق انحنائے کبر کے نیچے کے طرف ہونے والی اس حرکت سے ہے جو معدے کی پری کے ساتھ ساتھ ہوتے لگتی ہے۔

### معدے کا لاشعاعوں سے امتحان

اس کی وساطت سے معدے کی شکل، بامیت، اور رکت پذیری کے متعلق قیمتی معلومات حاصل ہوتی ہے۔ مریض کو ذلیعہ یا دودھ روئی کی غذا دی جاتی ہے جس میں بسمتھ کے ایک جامد مالخ کے ۲ اونس جو بہتر ہے کہ آکسی کلورائیڈ ہو یا بیریم سلفیٹ کے ۴ اونس شامل ہوتے ہیں۔ پھر شعا میں استعمال کی جاتی ہیں اور اس سایہ سے جو کہ پردہ پر مشمول فزری مالخ کی وجہ سے گرتا ہے، معدے کی وضع اور جسامت ظاہر ہو جاتی ہے۔ لاشعاعوں سے ظاہر ہوتا ہے کہ معدہ ایک انتصابی حصے اور ایک افقی حصے پر مشتمل ہوتا ہے جن کو انحنائے سفیر پر ایک نرا وقتی ٹکڑا جدا کرتا ہے۔ فتمہ فواد یہ کے لیول پر ایک خیالی افقی خط، انتصابی حصہ کو دو میں تقسیم کرتا ہے۔ اوپر کے حصے کو جس میں عموماً ہوا موجود ہوتی ہے، قعر اور نیچے کے حصے کو جسم کہتے ہیں۔ افقی حصہ بوابی دہلیز اور بوابی قنال پر مشتمل ہوتا ہے۔ اثنا عشری کا پہلا حصہ معدے کے فعل کے اثنا میں کیموس (chyme) کو وصول کرتا اور کچھ مدت تک باقی رکھتا ہے، چنانچہ لاشعاعوں کے تحت وہ بھی معدے کی طرح ایک سیاہ سایہ ظاہر کرتا ہے، جس کی شکل اکثر مثلثی ہوتی ہے اور جس کا قاعدہ بواب کی طرف ہوتا ہے۔ اس حصے کو اثنا عشری کلاہ (duodenal cap) کہتے ہیں اور اس میں اور معدے میں علیحدگی واقع کرنے والی بواب کی شفاف لکیر ہے۔ اس شفاف لکیر کے وسط میں قفا فوقتاً بوابی قنال دکھائی دیتی ہے جو کیموس کی اس مقدار کے لحاظ سے جو اس کے اندر سے گزر رہی ہو نسبتہ چوڑی یا تنگ نظر آتی ہے۔ عضلی انقباض کی دودی الحرکت موجیں جو جسم معدہ سے بواب تک واقع ہوتی ہیں اور ان کے ہمراہ وہ تغیرات بھی جو کہ جسم معدہ اور بوابی دہلیز کی شکل میں واقع ہوتے ہیں لاشعاعوں سے شناخت ہو جاتے ہیں۔

انتصابی عضلوں میں طبی معدے کی اوسط وضع ایسی ہوتی ہے کہ انحنائے کبیر حرقی عرض (یا ناف) سے بالکل نیچے ہوتا ہے اور انحنائے صغیر اس سے اوپر کوتاہم تندرستی کی حالت سے تجاوز ہوئے بغیر معدے کی وضع میں وسیع اختلافات ہو سکتے ہیں۔ معدہ لمبا ہو کر نیچے بہت دور تک پہنچ سکتا ہے اور اسے بعض اوقات گرا ہوا معدہ (dropped stomach) کہتے ہیں جو عموماً زیر تنشی (hypotonic) بھی ہوتا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ ۲۱ نیز صفحہ 340 پر شکل ۴۸)۔ یا ممکن ہے کہ وہ حرقی عرفوں سے بالکل اوپر ہو اور اس صورت میں اسے بلیش تنشی (hypertonic) کہتے ہیں (ملاحظہ ہو صفحہ ۲۲)۔

انحنائی وضع میں جب کہ مریض پیٹھ کے بل لیٹا ہوا ہو، معدہ پیچھے گر کر ڈائفرام کے نیچے چلا جاتا ہے، اور اس طرح انتصابی وضع کے نسبت وہ اس وضع میں زیادہ بلند واقع ہوتا ہے۔ عمود الفقرات اکثر معدہ کو دو میں تقسیم کر دیتا ہے۔ یہ مشاہدہ میں آیا ہے کہ جذبہ کی وجہ سے، یا بیہوشی کے زور سے ذرا پہلے یا مثلی پیدا کرنے والی (مثلاً ہینگ کی) بو کے بعد انتصابی وضع میں دیکھنے پر ممکن ہے معدہ کئی انچ گرا ہوا نظر آئے۔ اس کے برعکس جب موصوع کی بھوک تیز ہو جاتی ہے تو معدہ بیش تنشی ہونے کا رجحان رکھتا ہے (11)۔ معدے کی اوسط وضع ہر شخص کی جسمانی ساخت پر منحصر ہوتی ہے۔ جب جسم چوڑا اور چھوٹا ہو، مینے جب سینہ کا گھیر جسمانی طول کے نسبت ۲ سنٹی میٹر زیادہ ہو تو معدے کی وضع اونچی ہوتی ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 472) اور اس کے برعکس جب سینہ کا گھیر صر کے طول کے نسبت ۲ سنٹی میٹر کم ہو تو معدے کی وضع نیچی ہوتی ہے۔ بلند معدہ کیسا تھو عموماً معدی رس کی بڑھی ہوئی ترشگی کا تلازمہ پایا جاتا ہے (12)۔ ایک ہی خاندان کے افراد معدہ کے تنخی کی مدت اور امتحانی غذائی منحنی کی قسم میں باہم مماثلت ظاہر کرتے ہیں۔

معدے کا کوئی لاشعاعی امتحان مکمل نہیں ہو سکتا، وقتیکہ معدے کے تنخی کی شرح دریافت نہ کی جائے۔ غذا اکلانے کے دو چار اور آٹھ گھنٹے کے بعد مریض کا امتحان کیا جاتا ہے یہ دیکھنے کے لئے کہ آیا اب بھی معدے میں کوئی سایہ باقی رہ گیا ہے۔ معمولی طور پر معدہ چار گھنٹوں میں خالی ہوتا ہے۔ چھوٹا بیش تنشی معدہ اکثر دو گھنٹوں میں خالی ہو جاتا ہے۔ اگر آٹھ گھنٹے کے بعد بھی معدے کے بیشتر اشیاء موجود ملیں تو یہ بوابی ضیق (pyloric stenosis) کی دلالت ہے۔ دیکھا جائے گا کہ یہ اوقات ان اوقات سے

کی مقدار زیادہ ہیں جو کسری امتحانی غذائی طریقہ کے ذریعہ حاصل ہوتے ہیں۔

## معدے کے مافیہ کا امتحان

قے کے امتحان سے اور دوران ہضم میں معدے کے اندر سے مصنوعی طور پر نکالے ہوئے اُمُات کے امتحان سے ہم بہ جاننے کی کوشش کرتے ہیں کہ مرض کی مختلف اقسام میں اور خاص کر ہضم کے مزمن فسادات میں ترشوں (pepsine) یا معدے کی حرکی قوتوں کی قلت کیا حصہ لیتی ہے۔

قے۔ اگر مریض کو استفراغ ہو جائے تو مائع کی مقدار رنگ و بو اور قوام کو نو کرنا چاہئے۔ حال ہی میں لی ہوئی چیزیں (مثلاً طیران پذیر روغن یا الکحل) بوس ترمیم کر دیتی ہیں۔ مائع بے رنگ یا مختلف درجہ کے بھورے رنگ کا یا صفرا کے لون سے زرد یا سبز یا خون سے گلابی یا سرخ رنگ کا ہو سکتا ہے۔ خون معدی رس کے تماس سے اکثر تبدیل ہو جاتا ہے اور اس کے نتیجہ کے طور پر سیاہ بھورا اور غیر شفاف ہو جاتا ہے اور دُسر د قہوہ سے مشابہ ہوتا ہے۔ قوام میں قے پانی جیسی یا خمٹا مکی وجہ سے کم و بیش لچ ہوتی ہے یا وہ کف دار ہوتی ہے۔ نیم ہضم شدہ یا نا ہضم شدہ غذا کی موجودگی کو دیکھنا چاہئے۔

خرد بین سے دیکھنے پر حیوانی اور نباتی باقیات شناخت ہو سکتی ہیں جیسے کہ عضلی ریشے، سیلو لوس، نشاستہ کے ذرات، روغن کے قطرے، خون کے سرخ جیہات، سپرڈیلیٹ اور کثیر التعداد خرد عضویہ بالخصوص ٹادولی (torulae) اور نبقات حزمیہ (sarcinae) اور بعض اوقات عصیہ آپریوٹاس (Oppler Boas bacilli)۔ کیمیائی امتحان کے لیے قے شدہ سیال کو باریک ٹل میں سے چھانا جائے اور ان کاشفات کے ذریعہ سے جوابی بیان کئے جائیں گے چھنے ہوئے حصہ کا امتحان کیا جائے۔

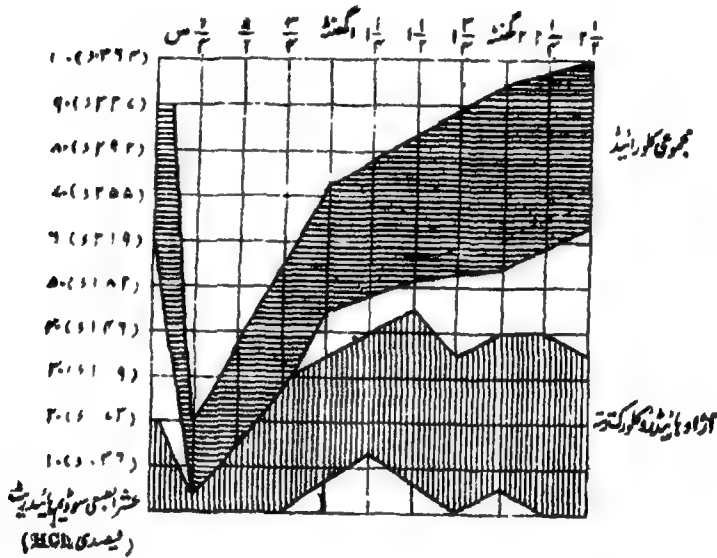
امتحانی غذا۔ معدے کے افعال ایک امتحانی غذا دینے سے اس سے زیادہ صحیح طور معلوم کئے جاسکتے ہیں کہ جتنے قے کا امتحان کرنے سے اس کے دو طریقے متسل ہیں۔ (۱) آیوالٹ کا امتحانی ناشتا۔ پہلے معدے کو دوسو ڈالٹے ہیں، یا غذا جو ۲ یا ۱/۲ اونس روٹی یا ٹوسٹ (toast) اور ۲۰ اونس ٹکی چائے پر متسل ہوتی ہے صبح کے وقت خالی پیٹ

دیجاتی ہے۔ ایک گھنٹہ کے وقفہ کے بعد معدے کے مافیہ کو نکال کر ان کی تقطیر کر لی جاتی ہے۔ مقطر شدہ حصہ کے دو نمونے لئے جاتے ہیں اور انھیں بذریعہ بخیر خشک کر کے اور سوڈیم کاربونیٹ ملا کر اور بغیر ملائے ان کی ترمید کی جاتی ہے۔ اس سے مجموعی کلورین کا اور اس کلورین کا جو فلزی کلورائیڈ کے طور پر مزوج ہے، ارتکاز حاصل ہو جاتا ہے۔ پھر  $\text{HNO}_3$  (سلورنائٹریٹ) استعمال کر کے وول ہارڈی معایتیں (Volhard titrations) عمل میں لائی جاتی ہیں۔ مجموعی کلورین اور فلزی کلورین کے درمیان جو فرق پایا جاتا ہے اس سے ”فاعلی ہائیڈروکلورک ایسڈ“ کی مقدار معلوم ہو جاتی ہے، یعنی اس ہائیڈروکلورک ایسڈ کی جو آزاد ہے اور اس ہائیڈروکلورک ایسڈ کی جو پروٹین کے ساتھ مزوج ہے۔

(۲) کسری امتحانی غذا (Fractional test meal)۔ صبح کے وقت

ناشتہ سے پہلے ایک چھوٹے سوراخ والی ربر کی ٹی جس کے سرے میں چھید ہوں، معدے کے اندر داخل کی جاتی ہے، اور ایک پیمکاری کے ذریعہ سے معدے کے مافیہ (سکونی کٹا = ”resting juice“) نکال لئے جاتے ہیں۔ پھر حسب ذیل غذائی جاتی ہے :- ناشتہ کی جیسے کا آنا ڈوٹیل اسپون (یعنی بقدر اونس) ایک کوارٹ (پلم گیالن) پانی کے ساتھ یہاں تک آلا ہوا کہ اس کا حجم ایک پینٹ رہ گیا ہو اور پھر اسے ملل میں سے چھان لیا گیا ہو۔ ہر پانچ گھنٹے کے بعد معدی مافیہ کے تقریباً دس دس سی سی کے نمونے باہر نکال لئے جاتے ہیں، یہاں تک کہ معدہ خالی ہو جائے۔ مخاط، صفراء، خون، نشاستہ اور ڈیکسٹروزی موجودگی نوٹ کی جاتی ہے۔ عشر الطبعی سوڈیم ہائیڈریٹ کے ذریعہ ان نمونوں کی معائرت اس طرح کی جاتی ہے کہ اس کے لئے ڈائی میتھل (dimethyl) کو بطور نمائندہ استعمال کیا جاتا ہے۔ یہ معائرت جاری رکھی جاتی ہے یہاں تک کہ اس نمونہ کو فینال تھالین بھی قلعوی ظاہر کرے پہلی معائرت سے آزاد ہائیڈروکلورک ایسڈ (”free HCl“) معلوم ہوتا ہے۔ اور قلعی کی وہ مقدار جو فینال تھالین کو متغیر کرنے کے لئے درکار ہوتی ہے، ”مجموعی ترشگی“ (”total acidity“) ظاہر کرتی ہے۔ مجموعی ترشگی اور آزاد ہائیڈروکلورک ایسڈ کے درمیان جو فرق حاصل ہوتا ہے وہ خاصہ مستمر ہوتا ہے۔ اگر دوسرے ترشے (جیسے کہ لیکٹک ایسڈ) موجود ہوں تو ممکن ہے کہ وہ بہت زیادہ ہو جائے۔ مجموعی کلورین کی تعین یوں کی جاتی ہے :- ۵۔ ۱ یا ایک سی سی مافیہ میں عشر الطبعی سلورنائٹریٹ

(0.1N AgNO<sub>3</sub>) اور ایک سی سی مرکب نائٹریک ایسڈ (conc. HNO<sub>3</sub>) ملا دیں۔ اس آمیزہ کو گرم کریں تاکہ اگر پروٹین موجود ہو تو وہ مرقب ہو جائے۔ اب ایک سی سی الکحل ملا کر دیں۔ الکحلی عشر الطبعی پوٹاشیم سلفوسائینٹ (0.1N KSCN) کے ذریعہ زائد طور پر نائٹریٹ کی معاشرت کریں اور اس کے لئے آئرن الیم (iron alum) کا ایک قطرہ نمایاں کے طور پر استعمال کریں۔ (یہ ایک ترمیم شدہ وول ہارڈی معاشرت ہے)۔



شکل ۴۴۔ پچائیں دار رقبے۔۔ فی صدی طبی طلبائیں آزاد ہائیڈروکلورک ایسڈ (HCl) اور مجموعی کلورین (Cl) کی حدود کا نشان ظاہر کرتے ہیں (14)۔  
س۔ "سکونی رس"۔

کوئی کھانا نے بغیر وہی گرم ہٹامین (histamine) کا اشتراک کرنا، اور اس کے بعد معدی ماضیہ کا امتحان کرنا، حال ہی میں رائج ہوا ہے۔ ایک الکحلی امتحانی غذا (۰.۵ سی سی فی صدی الکحل کے) بھی استعمال کی جاتی ہے۔ الکحل میں ایک سی سی فیٹال تھالین ملائی جاتی ہے تاکہ تھلی کی مدت ناپی جائے۔

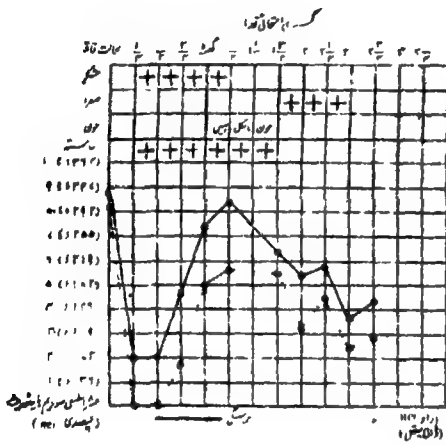
آزاد ہائیڈروکلورک ایسڈ اور مجموعی کلورین دونوں کھانے کے شروع ہی سے

بڑھنے لگتے ہیں، لیکن ازاں بعد ٹائڈروکلورک ایسڈ تو کم ہو کر گزنا شروع ہوتا ہے، اور مجموعی کلورین برابر برصتی رہتی ہے یہاں تک کہ یہ ایک انتہائی نقطہ پر پہنچنے کا رجحان رکھتی ہو (18)۔ معدی رس کی ترشگی پر اثر ڈالنے والے دوسرے علامات یہ ہیں:۔ لعاب میں

کی مقدار؛ اثنا عشری کے مافیہ کی بازروی اور معدی رس میں مخاط کی مقدار (یہ اس کا تعادل کر دیں گے)۔ اور وہ سرعت کہ جس کے ساتھ معدہ خالی ہوتا ہے (یہ اسے بڑھا دیتی)۔ جب آزاد ٹائڈروکلورک ایسڈ موجود نہ ہو تو اس حالت کو بے ترشگی (achlorhydria) کہتے ہیں، لیکن اس سے یہ مطلب کہ کوئی فاعلی ٹائڈروکلورک ایسڈ موجود ہی نہیں، یعنی معدے نے HCl کا کوئی افزا بالکل پیدا ہی نہیں کیا ہرگز نہیں ہو سکتا اور اس لحاظ سے یہ اصطلاح کیقدر مغالطہ پیدا کرنے والی ہے۔ فاعلی ٹائڈروکلورک ایسڈ دراصل مجموعی ترشگی کی قیمت کے ساتھ کیقدر قریبی طور پر متناظر ہوتا ہے (18)۔ شکل ۴۴ میں۔۔۔ فی صدی طبی طلبا میں آزاد HCl اور مجموعی کلورائڈ سایدہ دار رقبوں کے اندر واقع تھے۔ عموماً مجموعی ترشگی آزاد HCl کے نسبت تقریباً۔۔۔ فی صدی زائد ہوتی ہے۔

نفی اثرات HCl کے منحنی کو بہت کچھ بدل سکتے ہیں۔ مثلاً جب ایک طالب علم کو تنویم کے تحت متلی کا احساس پیدا کر دیا گیا تو اس احساس سے معدے کے خالی ہونے میں تاخیر ہو گئی، اسی طرح بھوک کے احساس سے معدہ بہ سرعت خالی ہو گیا، جو بلاشبہ سحر کی فاعلیت ٹرھ جانے کی وجہ سے واقع ہوا۔ یہ ان لاشعاعی مشاہدات سے جو اوپر بیان کئے گئے تھے مطابقت رکھتا ہے۔ شدید عضلی ورزش اور گرم غسل HCl کا افزا کم کرنے والے اور معدے کے خالی ہونے میں تاخیر کرنے والے پائے گئے ہیں۔ ہلکی ورزش جو محبوب دوستوں کی محبت میں کی جائے اس کے برعکس اثر پیدا کرتی ہے (20)۔ سب سے زیادہ طاقتور معدی رس جو ترشہ اور پیمین ہر دو لحاظ سے طاقتور ہو، اشتہا کے بعد اور گوشت کھلانے کے بعد منفرد ہوتا ہے (18)۔ شمع کھلانے سے افزا اور تحریک دونوں کا امتناع ہو جاتا ہے، بالخصوص اگر شحم ناسیر شدہ ہو (19)۔ جسم معدہ کے قرعہ کے ہمراہ کوئی ہمیز منحنی نہیں پایا جاتا۔ لیکن اثنا عشری اور بوابی قرعہ کی حالت میں (شکل ۴۵) اکثر معدے میں نہایت ترشی سکونی رس ہوتا ہے، اور آزاد HCl میں جو کمی غذا کے ساتھ ترقیق ہونے کی وجہ سے ہو جاتی ہے اس کے بعد

HCl کا مافیہ بہ سرعت بڑھتا رہتا ہے یہاں تک کہ ساری غذا معدے سے چلی جاتی ہے، جس کی تعیین نشاستہ کے غائب ہو جانے سے ہوتی ہے۔ اس نقطہ کے بعد معدی ریس کا افراز پھر بھی ہوتا رہتا ہے (میش افراز)۔ مگن ہے کہ معدہ خود کو نہایت سرعت کے ساتھ خالی کر دے ("اشناعشری عجلت" = "duodenal hurry")۔ تو ابی ضیق کی حالتوں میں (رشل ۴۶) غذا معدے کے اندر طویل عرصہ تک رہتی ہے، جیسا کہ نشاستہ کی مسلسل موجودگی سے ظاہر ہوتا ہے۔



رشل ۴۵۔ اشناعشری ثورہ (duodenal ulcer)

کی ایک اعابت جس سے یا موزظاہر ہوتے ہیں:۔  
پنہا مہتہ شئی سکونی س غذا کے بعد بہ سرعت بلند  
ہو جانے والا مہنخی اور معدے کا جلد خالی ہونا۔  
بالآخر ترشگی کا گر کر کم ہو جانا ایک حد تک اس  
بازروی کے باعث ہوتا ہے جو اشناعشری سے  
دافع ہوتی ہے۔

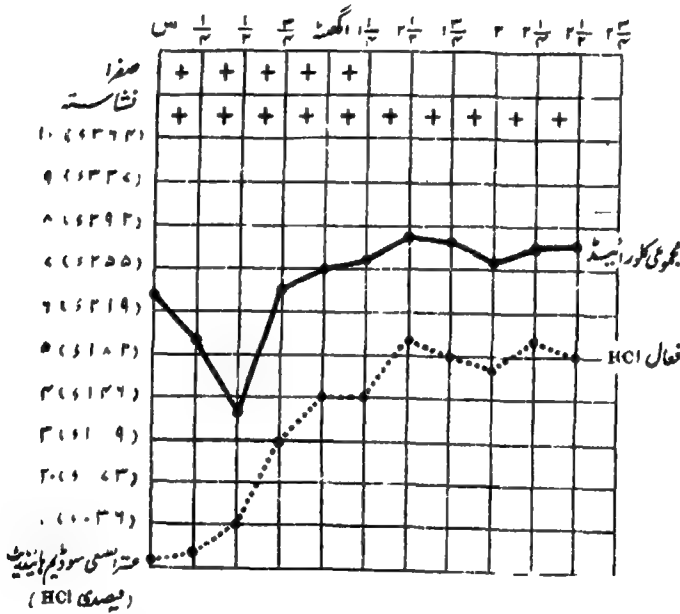
جوں جوں معدی ریس کا افراز زیادہ  
ہوتا جاتا ہے HCl کا ارتکاز بھی بڑھتا  
جاتا ہے۔ مختلف عدم دمویت  
(pernicious anemia) کی حالت  
میں امتحانی غذا شکل ۴۷ میں بتلائی گئی  
ہے۔ اس میں آزاد HCl اور مجموعی  
کلورائیڈ کی کمی مزمن التهاب معدہ  
(جس کا بیان ملاحظہ ہو) کے باعث ہوتی  
ہے۔ معدی سرطانی سلوہ (جو ملاحظہ ہو)  
کی بعض اصابتوں میں بھی ایسا ہی نتیجہ حاصل  
ہوتا ہے، کیونکہ اس صورت میں بھی مزمن  
معدی التهاب موجود ہو سکتا ہے۔

خون کے لئے کاشفات۔  
جب تھے، یا معدی مافیہ میں خون کا انہا  
شوخ سرخ رنگ کے خون یا در و قہوہ کی  
حیثیت سے نہ ہو، تو ایسی صورت میں بھی  
وہ اتنی کافی مقدار میں موجود ہو سکتا ہے کہ

کیمیائی کاشفات سے شناخت ہو جائے۔ لیکن اس سے بھی زیادہ یہ اہم ہے کہ براز کے اندر  
مخفی خون کے لئے امتحان کیا جائے، کیونکہ معدی مافیہ میں خون کا ایک شائبہ تو ضررہ

کی وجہ سے بھی ہو سکتا ہے۔

گویا کم کے ذریعہ امتحان (Guaiacum test) - براز کو گلیشیل آئیسیک ایسڈ اور یانی کی مساوی مقدار میں ملا کر ایتھر کے ساتھ ہلایا جائے۔ ایک امتحانی ٹی کے اندر اس ایتھری خلاصہ میں ٹیچر آف گویا کم کے ایک یا دو قطرے اور پھر اوزونک الکحل (ozonic alcohol) (یعنی الکحل کے اندر ہائیڈروجن پراکسائیڈ) کے ۲ سی سی آمیز کر دیئے جاتے ہیں



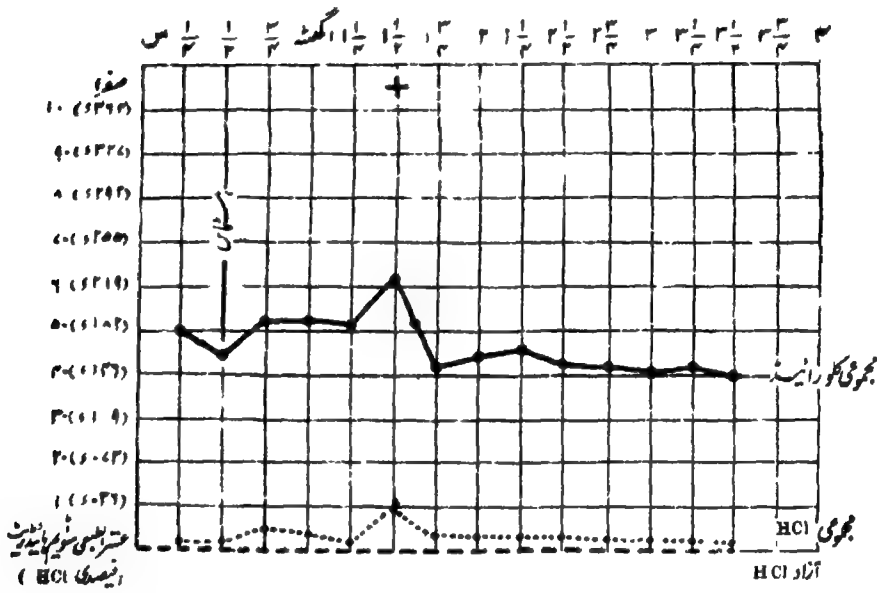
شکل ۴۶ - مزمن بوابی قرحہ کے باعث بوابی تسد کی حالت، جو معدے میں غذا کا رکود (stasis) ظاہر کرتی ہے، نیز یہ کہ ہائیڈروکلورک ایسڈ اور مجموعی کلورین کے منحنی بڑھ کر ایک مستمر لیول تک پہنچ گئے ہیں (13)۔

جس سے ایک شوخ نیلارنگ پیدا ہو جاتا ہے۔ یہ منحنی نزف کا ثبوت اسی وقت سمجھا جاسکتا ہے جب کہ مریض نے کم از کم اڑتالیس گھنٹے پیشتر سے کلوروفل (سبزی) اور خون شامل رکھنے والی غذاؤں، یعنی گوشت اور سبز ترکاریوں سے پرہیز کیا ہو۔



332

نقدیاتی کاشف کے طور پر یہ بھی مناسب ہے کہ ایتھری خلاصہ کا امتحان ایک طیف نما کے ذریعہ آئسڈ ہیماٹن (acid hæmatin) کی موجودگی کے لئے کیا جائے۔ ازاں یہ ایتھری خلاصہ ۳ فی صدی HCl کے ساتھ ہلا لیا جاتا ہے اور آبی خلاصہ کا بلینف نمائی امتحان آئسڈ ہیماٹوپورفائرین (acid hæmatoporphyrin) کے لئے کیا جاتا ہے۔ اس شے کی موجودگی کے یہ معنی ہیں کہ خون جسم نے اندر متغیر ہو گیا ہے اور



نمک ۳۴ - متلف عدم دمویت (pernicious anæmia) کی حالت جو

آزاد HCl کی غیر موجودگی، ترشگی کی کمی (اور غالباً فاعلی HCl کی کمی) اور

مجموعی کلورین کی کمی ظاہر کرتی ہے (31) -

یہ کہ وہ غذائی قتال میں بہت اوپر سے، یعنی معدے، چھوٹی آنت، یا قولون کے بالائی حصے سے آیا ہے (Ryffel) -

خوپہ پزیر و معطلہ بین (flexible gastroscope) تشخیص کے لئے  
حال ہی میں رائج ہوئی ہے (93) -

## سوء ہضم اور فعلی اختلالات

(DYSPEPSIA AND FUNCTIONAL DISORDERS)

سوء ہضم کی اصطلاح کا مفہوم یہ ہے کہ بالائی غذائی خط کے اُن افعال میں خلل واقع ہو گیا ہے جن کا طبی تعلق نگلی ہوئی غذا کی نیاری سے اور غذا کے چھوٹی آنت میں بغرض انجذاب منتقل ہونے سے ہے۔ یہ فعلی اختلالات مختلف علامات پیدا کر دیتے ہیں جن میں غذا سے پہلے یا بعد درد یا تکلیف کا ہونا سب سے زیادہ نمایاں ہے اور چونکہ یہ علامات اور ان کو پیدا کرنے والے فعلی اختلالات ہمیشہ لازم موزوم ہوتے ہیں، مثلاً ہزال شخاع کے معدی بھرانات کے ساتھ معدے کی غیر معمولی حرکت ضرور پائی جاتی ہے، لہذا سوء ہضم کی اصطلاح کا استعمال محض ان علامات کو بیان کرنے کیلئے بھی کیا جاسکتا ہے۔ بلاشبہ معدہ ہی وہ عضو ہے جو نہایت عام طور پر مآوف ہوتا ہے، لیکن جیسا کہ بعد میں بتلایا جائے گا، اس سلسلہ علامات کے پیدا کرنے میں مری اور آٹنا عشری بھی حصہ لے سکتے ہیں۔ ”بد ہضمی“ (”indigestion“) کی اصطلاح اکثر اس سے زیادہ وسیع معنوں میں استعمال کی جاتی ہے، یعنی سوء ہضم یا چھوٹی آنت میں قلت جذب ظاہر کرنے کے لئے، یا ان دونوں کے اجتماع کو ظاہر کرنے کے لئے، جس سے غیر ہضم شدہ براز (”undigested stools“) کی اصطلاح نکلی ہے۔ معدے کے دوسرے فعلی اختلال جن پر اس باب میں بحث کی گئی ہے، اگرچہ بعض اوقات سوء ہضم کے ساتھ بھی موجود ہوتے ہیں، لیکن وہ اکثر بالکل الگ واقع ہوتے ہیں۔

### سوء ہضم حاد

(acute dyspepsia)

حاد سوء ہضم، ناکافی طور پر چسبائی ہوئی غذا، یا خاص طور پر خراش اور نوعیت کی غذا، یا حد سے زائد مقدار میں غذا کے لینے سے پیدا ہو سکتا ہے۔ کامل صحت کی حالت میں ہر شخص یہ غلطی کر سکتا ہے کہ وہ غذا کی اس سے زیادہ مقدار کھالے کہ جتنی

اُس کا معدہ بڑھ اشت کر سکتا ہو۔ یا غذا کی معمولی مقدار کے ساتھ کوئی ایسی چیز جیسی کہ برف یا قہوہ یا الکلی مشروب زیادہ مقدار میں کھالے کہ ہضم کے عمل میں کستی پیدا کر دے اور عمل شدہ سب مقدار چند گھنٹوں تک معدے ہی میں پڑی رہے۔ یا غیر متوقع طور پر ہضم نہ ہو سکا ممکن ہے کہ باقی عام خستگی کی وجہ سے ہو جس نے معدہ کو بھی متاثر کر دیا ہو۔ مثلاً بلاناستہ کئے کئی گھنٹہ تک چلنے یا بلندی پر چڑھنے کی شدید ورزش کے بعد ممکن ہے کہ معدہ ایک معتدل غذا باکل ہضم نہ کر سکے۔

علامات - غذائینے کے فوراً بعد یا چند ہی گھنٹوں کے بعد معدی خطے میں تمدد دلوں بے آرامی کا احساس ہونے لگتا ہے یا حقیقی درد ہوتا ہے۔ اگر وہ کھانا کہ جس سے شکایت پیدا ہوئی ہے رات کے وقت بہت دیر کر کے لیا گیا ہے تو ممکن ہے کہ تھوڑی بے آرامی کے بعد مریض کو نیند آجائے، لیکن چند گھنٹوں کے بعد وہ معدے کی تکلیف سے جاگ اٹھتا ہے، اُس کی زبان خشک ہوتی ہے اور شاید اُس کے سر میں درد ہوتا ہے اور ممکن ہے کہ وہ کئی گھنٹوں تک جاگتا ہوا پڑا رہے۔ بعض اوقات قلب کے متزاہد انکماشات کی وجہ سے پیش قلبی خطے میں ایک تیز بھڑبھڑا ہٹ محسوس ہوتی ہے یا منفرد متزاہد انکماشات نسبتاً طویل تر وقفوں سے محسوس ہوتے ہیں۔ صبح کے وقت غذا کی رغبت نہیں ہوتی، زبان خشک اور فردا اور جلد چمچی ہوتی ہے۔ لیکن چند گھنٹوں کے عرصہ میں یہ علامات رفع ہو جاتے ہیں۔ دوسری امایاتوں میں تھے ہو کر شکایت نسبتاً جلد جاتی رہتی ہے اور عموماً معدہ اپنے سارے مافیہ سے خالی ہو جاتا ہے جو اگر ہضم ہوئے بھی تو نامکمل طور پر ہوتے ہیں اور اُن میں معدی مخاط ملی ہوئی ہوتی ہے۔ اِس سے دروین کثیر فی الغور تخفیف ہو جاتی ہے۔ دوسرے موقعوں پر تھے کر رہتی ہے اور صرفاً جواشاعشر سے معدے کے اندر بذریعہ بازروی آگیا ہے بعد کی قیوں کے ساتھ بکل جاتا ہے۔ بعض اوقات بعد کے بارہ گھنٹوں کے عرصہ میں آنتوں کے اندر غیر ہضم شدہ یا خراش آور مادہ آجانے کی وجہ سے اُن کا فعل تیزی کے ساتھ ہو کر جاتی ہیں۔

علاج - جہاں درد شدید ہو اور اُس کا سبب ظاہر ہو ایک تھے آور دوا

مثلاً سال وولیاٹائل (sal volatile) یا عرق الہب (ipeacacuanah) سے فوری آرام حاصل ہو سکتا ہے۔ اگر ہ اپنے عمل میں قاصر رہے تو معدے کے مافیہ ایک ملی کے ذریعہ

خارج کئے جاسکتے ہیں۔ نسبتہً خفیف تر اصابتوں میں اسقدر کافی ہوتا ہے کہ نہایت تھوڑا سا برف پیاس بجھانے کے لئے دے دیں، اور معدے میں اور کوئی چیز صرف اس وقت داخل کریں جب کہ یہ تکلیف وہ علامات رفع ہو جائیں۔

## مزمن سورہضم

(chronic dyspepsia)

اوپر جو بحث کی گئی ہے وہ یہ ظاہر کرنے کے لئے کافی ہے کہ مزمن سورہضم کوئی مرض نہیں بلکہ ایک سلسلہ علامات ہے، جو بالائی غذائی نطے کے فعل کے اختلال سے پیدا ہو جاتا ہے۔

امراضیات۔ اس مسئلہ پر غور کرتے وقت دو سوالات کو الگ الگ رکھنا چاہئے۔ (۱) وہ کونسا عضو ہے جس کے افعال کا اختلال سورہضم کا باعث ہوتا ہے، اور کس طرح یہ اختلال علامات پیدا کر دیتا ہے؟ (۲) وہ کونسا ضرر ہے جو کہ اختلال پیدا کرتا ہے؟

موجودہ زمانہ میں یہ دریافت کرنا کہ علامات کس عضو میں پیدا ہو رہی ہیں ایک نسبتہً آسان امر ہے۔ درد کی علامت کے متعلق نہایت کامل طور پر تحقیقات ہو چکی ہے (۶)۔ جب وہ شرا سیف میں خوب اوپر قبض خنجر کی کے قریب یا عظم القص کے پیچھے محسوس ہو تو وہ مری سے پیدا ہوتا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ ۱۸۰ اب اور صفحہ ۳۲۵)۔ تحت القصی مریوی درد کی تفریق درد قلب سے اس طرح کی جاسکتی ہے کہ مریض سے ٹھکنے کی حرکت کرائی جائے۔ پیدا شدہ حرکت دودی کی موج جو ۱۱ انچ فی سیکنڈ کی شرح مری میں نیچے کے طرف پھیلتی ہے مریوی درد میں ایک لمحہ کے لئے تخفیف پیدا کر دیتی ہے لیکن اگر یہ درد بہت خفیف ہے تو ممکن ہے کہ یہ موج اس میں شدت پیدا کر دے۔ ٹھکنے کا فعل درد قلب میں کوئی فرق نہیں پیدا کرتا لیکن یہ یاد رکھنا چاہئے کہ درد کی دونوں قسمیں بہت عام طور پر لازم ملزوم ہوتی ہیں۔ معدہ کا درد شرا سیف پر محسوس ہوتا ہے اور یہ غالباً مری کے درد کے نسبت ذرا نیچے اور بعض اوقات بائیں ضلعی ماشیہ کے برابر برابر اور نہایت عام طور پر ناف کے گرد اگر دہوتا ہے۔ اثنا عشری کا درد

تقریباً اسی لیول پر لیکن خط درمیانی سے ذرا دائیں طرف کو محسوس ہوتا ہے یہ معاً *visum* (*jejunum*) کا دروغاً لباً ناف سے نیچے محسوس ہوتا ہے۔

حشائی درد (visceral pain) تجربہ اس طرح پیدا کیا جاسکتا ہے کہ ایک حشائے اندر رکھی ہوئی ہوائی تھیلی میں پھونک کر ہوا بھر دی جائے۔ یہ درد حشائی دیوار میں کی الی عصبی منتہاؤں کے کھینچاؤ سے جاننے کی وجہ سے ہوتا ہے (21'22)۔ مری ایک ایسا عضو ہے جس کی تحقیقات نہایت کامل طور پر کی گئی ہے۔ مری کے اندر مذکورہ بالا جسم غریب کی موجودگی کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ دودی حرکت موجوں کا ایک سلسلہ اس کے نیچے تک گزر جاتا ہے۔ ہر بار جب کہ ایک موج تھیلی پر پہنچ کر اسے پچکا دیتی ہے، درد کم یا غائب ہو جاتا ہے، جس کی وجہ یہ ہوتی ہے کہ عضلہ منقبض ہو کر تھیلی کے قطر کو کم کر دیتا اور عصبی ساختوں پر پڑے ہوئے بار کو دور کر دیتا ہے، قطع نظر اس کے کہ اس انقباض سے ایک بلند "انگماش" دباؤ پیدا ہو جاتا ہے۔ موج کے گزر جانے کے ساتھ ہی درد پھر ہونے لگتا ہے، کیونکہ دوران "انبساط" ("diastole") میں دیوار پھرتن کر کھینچ جاتی ہے۔ ایسی صورت میں درد غیر مسلسل یا "مڑوڑ" کا سا ہوتا ہے۔ ایک سادہ عضلہ کے تناؤ کی تعریف یہ کی گئی ہے کہ یہ اس کا وہ تناؤ ہے جو کہ دوران انبساط میں ہوتا ہے اور وہ درد جو تجربہ پیدا کیا جاتا ہے اس تناؤ کے بڑھ جانے کے ساتھ وابستہ ہے۔ اگر ایک نہ پچکنے والی آبی تھیلی استعمال کی جائے تو درد مسلسل اور نہایت شدید ہو جاتا ہے کیونکہ حرکت دودی کی موج اپنے مریں رک جاتی ہے۔ یہ درد ایک حد تک تو مسلسل کھینچاؤ کے باعث ہوتا ہے، لیکن اس منطقہ کے اندر کی عصبی ساختوں پر بار کی وجہ سے بھی ہوتا ہے، جو کہ تھیلی سے اوپر انگماش طور پر منقبض عضلہ کے، اور اس سے نیچے کے اس عضلہ کے درمیان ہے جو کہ ہم ابعادی طور پر منقبض اور اسی لئے اب تک تھیلی سے تنا ہوا ہے۔ یہی وجہ ہے کہ درد ہر حرکت دودی کے ساتھ بد سے بدتر ہو جاتا ہے۔ یہ تجربہ اس درد ناک شہج کا قایم مقام ہے جو قنات کے اندر نگہائے صفراء یا رنگ گڑ کی موجودگی کے ساتھ وابستہ ہے۔ کھوکھلے اعضاء میں بڑا ہو جانے کی یعنی (شیرنگلن کی اصطلاح میں) اپنی "وضع" یا "گینڈا" ("posture") بدلنے کی بڑی طاقت ہوتی ہے اور اگر کوئی جسم غریب ایسا ہو کہ وہ ابتداً علامات پیدا کر دے تو اس کا یہ علامات

پیدا کرنا اس وقت موقوف ہو جاتا ہے جب کہ عضو اپنے ریشوں کی تطویل یا جدید ترتیب کے ذریعہ اتنا کافی بڑا ہو جائے کہ وہ بدون کھینچے ہوئے اس جسم غریب کو اپنے اندر گرفت کر سکے۔ لیکن یہ عمل صرف کی قدر تدریجاً ہی واقع ہو سکتا ہے۔ ایسا واسطے کسی ریشے کی وضعی تطویل میں اور اس کے اس کھینچاؤ میں فرق کرنا چاہئے جو کہ درد پیدا کرتا ہے۔ خراش مقابل کا طریق عمل بالخصوص یہ ہے کہ وہ کینڈے کی زیادتی معکوس طور پر پیدا کرتی ہے۔

دوبنے یا غلو کا احساس معدے میں پیدا ہوتا ہے۔ سینہ میں گرہ یا ہوا کے گولے کا احساس مری میں پیدا ہوتا ہے۔ اور متلی کا احساس جو طبع کی پشت اور اس کے زیریں حصے میں محسوس ہوتا ہے، مری کے بالائی حصے کے معکوس اختلالات کی وجہ سے پیدا ہوتا ہے۔ یہ رائے ظاہر کی گئی ہے کہ یہ احساسات نوعی منتہائی اعضا کی وجہ سے ہوتے ہیں جو اس سے پست تر درجہ کے تناؤ کا رد عمل ظاہر کرتے ہیں جسے درجہ کا المی عصبی منتہا میں ظاہر کرتی ہیں۔ لیکن جیسے جیسے تناؤ بڑھتا جاتا ہے ان احساسات پر درد کا احساس غالب آ جاتا اور ان کی جگہ لے لیتا ہے، جیسا کہ جسم میں دوسری جگہ بھی واقع ہوا کرتا ہے۔ پری کا احساں دیوار شکم کی توسیع کے باعث ہو سکتا ہے۔

334

پانی کی ایک چھوٹی تھیلی کے ذریعہ سے عمل میں لائے ہوئے مشاہدات سے جو کہ مریضوں پر دوران احساس درد میں کئے گئے، ایک سلسلہ انقباضات کی موجودگی ظاہر ہوئی۔ یہ انقباضات مری معدے، اثنا عشری یا صائم میں دیکھے گئے۔ مزید برآں حشا کے اندر کا انبساطی دباؤ بھی بڑھا ہوا تھا اگرچہ اس زیادتی کی مقدار مختلف مریضوں میں مختلف تھی۔ انقباضات کا رجحان درد کو کم کر دینے کا تھا اور یہ درد ایک مریض میں بعد کے عضلی ارتخا کے دوران میں محسوس ہوا جب کہ حشا کے بڑھے ہوئے انبساطی دباؤ کی وجہ سے آئنی منتہاؤں کا کھینچاؤ واقع ہو گیا۔ گویا مصنوعی طور پر پیدا کئے ہوئے درد اور قدرتی طور پر پیدا ہونے والے درد کے درمیان بہت بڑی مشابہت پائی گئی۔ مزید برآں مختلف احشاء کے درمیان نہایت قریبی تعلقی مشاہدے میں آیا۔ معدے کو ہوا سے پھلانے سے مری میں بھی اوپر سے نیچے کے رخ دودی حرکت موجیں پیدا ہو گئیں (معدی مریوی متد باز روی معکوسہ)۔ ایک مریض میں جسے آلام الجوع تھے، معدے کے

انتباہات کے تقریباً ایک ثانیہ کے بعد اثنا عشری میں بھی ویسی ہی موجیں پیدا ہوئیں۔ سورہ ہضم کا درد دیوار کی عصبی المی ہتھانوں کے کھنچاؤ کے باعث ہوتا ہے، جسکی تطبیق دوسرے مشاہدات سے ہوتی ہے کہ سورہ ہضم اکثر معدے کو خالی کرنے کی ناکام کوششوں کا نتیجہ ہوتا ہے (24)۔ یہ بالکل ممکن ہے کہ بعض حالتوں میں تھان کے باعث عضلہ غیر معمولی طور پر تمتد و پذیر ہو جائے، اور اس کا نتیجہ یہ ہو کہ المی ہتھانوں کا کھنچاؤ نسبتاً پست تر انبساطی دباؤ کے تحت واقع ہو جائے۔ لیکن جہاں دباؤ زیادہ ہو وہاں عضلات عاصرہ کی ہمزماں مسدودی بھی واقع ہونی چاہئے، ورنہ مافیہ خارج ہو جائیں گے، اور یہ بہت ممکن ہے کہ سورہ ہضم کے علامتیہ کا اولی انحصار ذیل کی دو علامات میں سے ایک پر ہو۔ عضلی دیوار کی غیر معمولی تمتد و پذیرگی۔ یا عضلات عاصرہ کی مسدودی، یا شاید ان کا عدم ارتخا۔ ممکن ہے کہ عضلات عاصرہ کے علاوہ دوسرے مقامات مثلاً مری یا اثنا عشری میں یا معدے کے انحنائے کبیر پر محدود انتقام انتباہات (شجیات) پیدا ہو جائیں۔ معدے میں کا درد عموماً دو قسم کا ہوتا ہے۔ وہ غذا کے تھوڑی دیر بعد ہو سکتا ہے، یا چند گھنٹوں کے بعد اس وقت ہوتا ہے جب کہ معدہ غذا سے خالی ہوتا ہے، یعنی نام نہاد المر الجوع۔ یہ رائے پیش کی گئی ہے کہ ان قسموں کے درد کیساتھ دو اہم علامات پائے جاتے ہیں، جو دونوں کے دونوں دیوار کا کھنچاؤ پیدا کرنے کا رجحان رکھتے ہیں۔ وہ یہ ہیں: (۱) طبع الہوا جو بالکل بلا ارادہ ہو سکتا ہے، اور (۲) معدی غشائے مخاطی سے دیر تک افراز ہونا۔ فی الحقیقت یہ علامات تنویضی سمجھے گئے ہیں، کیونکہ طبع الہوا دباؤ کو زیادہ کر دیتا اور اس طرح معدے کے خالی ہونے میں تمتد ہوتا ہے اور افراز کا دیر تک ہوتے رہنا کسی مضرت رساں شے کے لئے ایک قوت (diluent) کی طرح عمل کرتا ہے، اسی طرح جس طرح دہن میں ہونے والی خراش ریتی افراز بکثرت پیدا کر دیتی ہے (24)۔

اب تک ہم نے ہائڈروکلورک ایسڈ کے متعلق کوئی غور نہیں کیا کہ آیا یہ بھی درد کے پیدا کرنے میں کوئی حصہ لے سکتا ہے یا نہیں۔ ۵۰ فی صدی HCl کے ۲۰۰ سی سی معدی غلی کے ذریعہ دینے پر معدی قرص کی محبیت ۳۵ مرینوں میں درد کی صورت میں اور ۲۴ مرینوں میں بلا درد کے ہوئی۔ اثنا عشری قرص کے لئے ایسے اعداد ۱۱ اور

۶۴ تھے۔ مزید برآں ان امابتوں میں بھی درد ہوا کہ جن میں ضررِ معدہ سے بہت دور تھا (۱۷)، لیکن ان امابتوں میں التهابِ المعدہ کو خارج از بحث نہیں کیا جاسکتا تھا۔ ترشہ سے جو درد پیدا ہوتا ہے، وہ شاید معدہ کا تناؤ بڑھ جانے سے پیدا ہوتا ہے۔ سوء ہضم کی متلی یا پُری کا احساس یاد دہکن ہے کہ معکوس طور پر قے یا آبکاشیا پیدا کر دے جو غذائی خُطے کے بالائی حصے کے لئے اپنے مافیہ خارج کرنے کا سبب ترین اور محفوظ ترین طریقہ ہے۔ یہ ڈھانچہ کے مختلف عضلات کے قوی انقباضات کی وجہ سے ہوتا ہے جن سے معدے کے مافیہ مری کی راہ سے اور دہن میں سے ہو کر بزور خارج ہو جاتے ہیں۔ بالغوں میں قے عموماً ایک نہایت دردناک فعل ہوتا ہے۔ لیکن یہ درد غالباً اس وجہ سے ہوتا ہے کہ معدے کے مافیہ ایک مدد و فواد میں سے بزور خارج کئے جاتے ہیں۔ قے بجائے خود بلا درد ہوتی ہے، جیسا کہ خود راقم الحروف نے ایک بار اُس وقت مشاہدہ کیا جب کہ اس نے ایک سخت قاشا طیر کے سرے پر بندھی ہوئی عقلی کو خود اپنی مری کے نیچے دھکیلنے کی کوشش کی۔ اس کے سوا کچھ نہیں ہوا کہ وہ شکمی انقباضات سے باہر نکل آئی۔ نہایت چھوٹے بچوں کی قے اور مہتر یا قے بلا درد ہوتی ہے اور اکثر یہی صورت حالات اُس وقت بھی ہوتی ہے جب کہ قے دروں گہمی مرض کی وجہ سے ہو۔ اسخنائے صغیر کے زیریں حصے کا ہیج قے کے حرکات پیدا کر دیتا ہے۔ عضلاتِ شکم منقبض ہوتے ہیں اور معدہ بے حرکت رہتا ہے (۱۱)۔

335

(۲) مزمن سوء ہضم پیداکردینے والے ضرات :-  
(الف) خود معدہ ہی اولی سبب ہو سکتا ہے، یا تو اپنے عضلہ کی کش کی کمی کے نتیجہ کے طور پر (اس حالت میں معدہ اکثر لٹک پڑتا ہے۔ ملاحظہ ہو صفحہ ۳۳۹) یا بجلی عضوی مرض جیسے کہ معدی قرعہ اور سرطان اور بوابی ضیق یا مزمن التهابِ معدہ کے نتیجہ کے طور پر۔

(ب) سوء ہضم معکوس طور پر ان ضرات سے پیدا ہو سکتا ہے :-  
عقوی ضررت جو کہ فاصلہ پر واقع ہوں نیز اثنا عشری قرعہ، مزمن التهابِ زائدہ علیہ صغراً اور مرارہ کے دوسرے ضرات، مزمن التهابِ بلبہ، ضرات گردہ، بالخصوص



حرکت پذیر گردہ اور سنگ گردہ۔ وہ قبض کے بعد ثانوی طور پر بھی ہو سکتا ہے۔ ہنزال شمع کے معدی بجزانات میں اولیٰ ضرر پچھلی عصبی جڑوں میں ہوتا ہے۔ ذبحہ معدیہ (angina pectoris) ایک ثانوی سودہ ہضم پیدا کر سکتا ہے (بالخصوص مسوئرش سینہ)۔ یہ امر کہ ان مثالوں میں سودہ ہضم کی پیدائش معکوس طور پر ہوتی ہے، مشابہت ذیل سے ظاہر ہوتا ہے۔ مزمن التهاب زائدہ میں زائدے کے رقبہ پر دست ورزی کرنے سے معدے کے انحنائے کبیر کا ایک محدود انتقام شنج پیدا ہو گیا۔ ایسا ہی شنج علیہ کے وقت ایک اثنا عشری طرح کی باریطنی سطح کی برقی پیچ سے پیدا ہو گیا (11)۔ شگلہ صفر سے یہاں کے ایک مریض میں شراینی درد، معدی حرکات کے ساتھ وابستہ پایا گیا۔ ایک مزمن طور پر ملہتب زائدہ کی دست ورزی کرنے پر معکوس تحت القصبی درد دیکھا گیا (25)۔

(ج) سودہ ہضم نسبت زیادہ عام عوامل کے باعث بھی ہو سکتا ہے: حمل، پروٹین غریبہ کے لئے حساسیت (ملاحظہ ہو صفحہ 138) 'دماغی تشویش' حد سے زائد محنت اور دوسرے ضعیف اثرات، جیسے کہ طویل علالت، بخار، عدم دمویت، مرض براؤنٹ، جو کہ معدے کی دیوار کی زیرینیدگی پیدا کر کے یا اس کے افزائش میں مداخلت کر کے عمل کرتے ہیں۔ طویل شکر و دمویت، درد کے ساتھ بھوک کا احساس پیدا کر سکتی ہے۔ یہ امر کہ بعض اشخاص بلا کسی ظاہری سبب کے ساری عمر سودہ ہضم میں مبتلا رہتے ہیں، گذشتہ زمانوں میں اس خیال کا موجب ہوا کہ ایک سودہ ہضم "بلا سبب" (dyspepsia sine materia) بھی ہوتا ہے۔ لیکن ان مریضوں میں اگر غور کے ساتھ استمان کیا جائے تو اغلب ہے کہ قطع نظر نمایاں عضوی مرض کے، کوئی نہ کوئی ضرر ضرور پایا جائے گا، خواہ یہ دیوار معدہ کی اس کمزوری کی شکل میں ہو جسے بے تنشی سودہ ہضم (atonic dyspepsia) کا نام دیا گیا ہے، یا غشائے مخاطی میں نرزی تاو کلات کی صورت میں ہو (24)۔ موجودہ راقم الحروف مزمن سودہ ہضم میں خفیف نرف کی کثیر الوقوع موجودگی سے بہت متاثر ہوا ہے۔ راقم الحروف کے مریضوں کی غالب تعداد معدے اور اثنا عشری کے لاشعاعی مناظر میں کوئی صریح غیر طبعی حالت نہیں ظاہر کرتی، لیکن اجاتوں میں منی خون موجود ہوتا ہے اور وہ ہیماتوپورفرین کا طیف ظاہر کرتی ہیں۔ اور یہ اب

مزمن التهاب معدہ کی طرف منسوب کیا جاتا ہے۔ ترششی ہضم (acid dyspepsia) کی اصطلاح ایک ہی مختلف الوقوع علامت یعنی کھٹی ڈکاروں کے طرف اشارہ کرتی ہے جن کے ساتھ معدی افراز میں کثرت حمض الملع کبھی ہوتی ہے کبھی نہیں ہوتی۔ عصبی سوء ہضم (nervous dyspepsia) کی اصطلاح عصبی مرض یا اختلالی وماغی حالتوں کا سوہضم بیان کرنے کے لئے استعمال کی جاتی ہے، جیسے کہ عدم اشتہا اور متلی کے ہمارے ملکیوں کے مقام پر محسوس ہونے والی بے چینی اور ڈوبنے کا احساس جو کہ بعض نفسی عصبانی حالتوں کا میز خاصہ ہیں۔

عصبی عدم اشتہا (anorexia nervosa) - وماغی مادہ خذ کے اس مرض میں جس کا ذکر گھل (Gull) نے کیا ہے، مریضہ (جو کہ عموماً ایک نوجوان عورت ہوتی ہے) غذا لینے سے انکار کرتی ہے یا بہت کم غذا لیتی ہے اور لاغر ہو جاتی ہے۔ وہ بیان کرتی ہے کہ وہ بیمار نہیں ہے بلکہ ممکن ہے کہ وہ غیر معمولی چستی بھی ظاہر کرے۔ مرض کی ابتدا بہت سی مثالوں میں اس طرح ہوتی ہے کہ مریضہ اپنا جسم چھیرے پر رکھنے کی کوشش کرتی ہے۔ وہ اپنا وزن حد سے زیادہ گھٹا دیتی ہے، یہاں تک کہ خاندان والے فکر کرنے لگتے ہیں بلکہ اس کا پیچھا لیتے ہیں اور سرزنش کرنے لگتے ہیں، لیکن اس کا وہ اثر یہی ہوتا ہے کہ وہ اور بھی زیادہ مستعدی کا اظہار کرتی ہے۔ ممکن ہے کہ تغذیہ کی کمی سے تدرن کی فوبت پہنچ جائے۔ علاج سختی کے ساتھ کرنا چاہئے، اور اس مقصد کے لئے بستر میں آرام و سکون اور ایک مجوزہ غذا دینی چاہئے، اور ایک خاص مہرمنہ ہونی چاہئے تاکہ یہ یقین ہو کہ وہ غذا و حقیقت لی گئی ہے۔ سرکش یا ضدی مریضوں میں ممکن ہے کہ ناک کی راہ سے غذا پہنچانے کی ضرورت پیش آئے۔

سوہضم کی علامات، سبب مرض کے دفع کر دینے کے بعد ممکن ہے کہ کچھ عرصہ تک باقی رہیں۔ اس کی مثال ایک تجربہ سے ملتی ہے، جس میں مری کو ایک پھیلی سے پھلایا گیا تاکہ درد پیدا کیا جائے۔ عظم القص پر کی جلد الیم ممتی اور پشت میں درد تھا۔ تجربہ ختم ہونے کے بعد یہ دونوں علامتیں چند گھنٹوں تک قائم رہیں، اور دوسرے دن معمولی سوہضم کا ایک شدید حملہ ہو گیا۔ غالباً مری کے عضلی ریشے خفیف طور پر متضرر ہو گئے تھے اور ان سے سکوس معدی اختلالات پیدا ہو گئے۔

علامات - یہ مختلف مریضوں میں مختلف ہوتے ہیں۔

۱۔ سوء ہضم کا اظہار اکثر اوقات شرابیہ خطے میں درد سے ہوتا ہے، جو غذا لینے کے بعد شروع ہو جاتا ہے، اور کچھ عرصہ تک جاری رہ کر تدریجاً موقوف ہو جاتا ہے۔ یہ درد عموماً ناف کے گرد، اور بالخصوص اس سے ذرا اوپر یا قفسِ خجری کے لیول پر یا بائیں ضلعی حاشیہ کے برابر واقع ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ یہ عظم القفس کے پیچھے محسوس ہو۔ اس درد کو وجع القلب (cardialgia) یا سوزشِ سینہ (heartburn) کہتے ہیں۔ اکثر یہ ”پشت کے آر پار“ جاکر شانوں کے درمیان محسوس ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ معدی درد سر میں محسوس ہو کر دردِ آبرو پیدا کر دیں۔ دوسری اصابتوں میں درد اس وقت شروع ہوتا ہے جب کہ معدہ خالی ہو، اور ادخالِ غذا سے اس میں آرام ہو جاتا ہے۔ ممکن ہے کہ درد کے بجائے صرف ایک تکلیف، ضیق، یا پیری کا احساس یا جی ڈوبنے کا احساس ہو۔ ممکن ہے کہ شدید درد کے ساتھ یا اس کے بعد اوپر کی جلد پر اوپری ایلمینٹ موجود ہو یا شکم کو دبائے پر عمیق ایلمینٹ پائی جائے۔

۲۔ ریجیت - اس کا وقوع بد ہضمی کی تمام قسموں میں عام ہوتا ہے۔ معدہ بھول جاتا ہے اور ساتھ ہی بالائی شکم میں تکلیف ہوتی ہے اور ڈکار آنے سے درد میں تخفیف ہو جاتی ہے۔ ریجیت کا سبب عموماً بلعِ الہوا سمجھا جاتا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 338)؛ لیکن بعض اوقات ریجیت جزءِ اس  $CO_2$  کی وجہ سے ہوتی ہے جو اثناعشری کے متکونی مافیہ کے بازو میں اور معدے میں ترشی معدی مافیہ کے ساتھ اس کے مل جانے سے پیدا ہوتی ہے۔ اس طرح معدے کے اندر کی گیس میں بعض اوقات - افی صدی  $CO_2$  پائی گئی ہے۔

۳۔ متلی سوء ہضم کی ایک عام علامت ہوا کرتی ہے، اور قے نسبتاً کم کثیر الوقوع علامت ہے، بہ اشتنائے الکحل سوء ہضم کے، جس میں وہ اکثر ہوا کرتی ہے۔ قے کردہ مادہ یا تو کھائی ہوئی غذا پر مشتمل ہوتا ہے یا صرف مخاط پر۔ متواتر قے ہونے کی حالت میں ممکن ہے کہ صفراء اور خون کی چند دھاریاں خارج ہوں۔ حرقان القلب (pyrosis, or water brash) اس حالت کا نام ہے، جس میں مایع کی کچھ مقدار ڈکار کے ذریعہ سے منہ میں آ جاتی ہے۔ یہ مایع بعض اوقات تبدیلیِ تعامل والا یا قلوئی ہوتا ہے، اور ایسی

حالت میں اسے عموماً بیشتر ریت پر شتل سمجھا جاتا ہے۔ لیکن یہ اکثر ترششی ہوتا ہے۔ اس کے ساتھ خلق میں اور عظم القص کے نیچے جلن کا احساس ہوتا ہے۔ یہ ترشہ سے جلنے کی وجہ سے نہیں ہوتا، کیونکہ اس طاقت کا ترشہ مری میں کوئی احساس نہیں پیدا کرتا۔

عام علامات - زبان مختلف طرز کی ہوتی ہے۔ بعض اوقات وہ فردار ہو جاتی ہے۔ یہ فریبتلی اور سپید یا دبیر اور زرد یا بھوری ہو سکتی ہے۔ وہ فرج و اکثر پانی جاتی ہے رقیق غذا کی وجہ سے ہو سکتی ہے جب کہ جبانے کا عمل نہ ہوا ہو یا سیلان ریت کی کمی کی وجہ سے ہو سکتی ہے جب کہ سطح کے پھیلنے لگ کر گرد کر جاتا ہوئے ہوں۔ اس کے ساتھ سانس بوجا ہوتی ہے۔ قبض اکثر ہوا کرتا ہے، لیکن ممکن ہے کہ اس کی اثنائیں کبھی کبھی اسہال ہو جائی۔ بھوک تغیر پذیر ہوتی ہے، ممکن ہے کہ پیاس موجود ہو یا مخصوص قے کی حالت میں سورہ ہضم کے ساتھ اکثر جلدی ثورات (احمرار کلابی کنی) (rosacea)، شری (urticaria) اور معمولی کنی پائے جاتے ہیں۔ بدن پر عام طور پر یا زیادہ صحیح الفاظ میں عصبی نظام پر جواثر ہوتا ہے اس کا اظہار کمندی، محنت کے لئے بے رغبتی، چکر، نظر کے موضوعی احساسات، غنودگی، چڑچڑے پن اور دماغی پستی کی صورت میں ہوتا ہے۔ علاوہ ازیں خفیف عدم دمویت یا پھیپھ کا پن، کسیندر نقصان تغذیہ اور مزمن اصابتوں میں چہرہ پر تکلیف یا تشویش کے متقلب اثر کا پایا جاتا بھی غیر عام نہیں۔ لیکن دوسری مثالوں میں خرابی معدی کوئی عام دلالت نہیں پائی جاتی۔

تشخیص - سورہ ہضم کے علامات اور غذا یا بھوک کے ساتھ ان کا وابستہ ہونا اس قدر مخصوص و ممیز ہے کہ تشخیص میں کوئی دقت پیش نہیں آتی۔ بایں ہمہ اس حالت کے سبب کی تشخیص کرنا ایک بالکل دوسری بات ہے، اور دیرینہ اصابتوں میں کامل عام سریری امتحان کے علاوہ غذائی خطہ کے لاشعاعی امتحان، مخفی خون کے لئے براؤن امتحان، امتحانی خوراک اور اثناء عشری کے مافیہ کے تجزیہ ان سب سے قیمتی معیار کا حاصل ہونا ممکن ہے۔ اس وقت بھی جب کہ معدے کا کوئی بڑا مرض خارج ذات کر دیا گیا ہو، مخفی خون کی موجودگی ممکن ہے عشاء کے مخاطمی کے نزفی ضرر پر دلالت رہے۔ جو ممکن ہے کہ مزمن معدی التهاب کی وجہ سے ہو۔

علاج - اگر کوئی مرض یا ناقص طرز زندگی سورہ ہضم پیدا کر رہی ہو تو اس

تدارک کرنا ضروری ہے۔ خصوصاً فنی عفونت کے دفعیہ کے طرف متوجہ ہونا چاہئے۔ سوومہم کے حقیقی علاج کی جماعت بندی حسب ذیل طریقے پر کی جاسکتی ہے :-

337

(۱) غذا یا تمام ایسی غذاؤں سے کہ جن کے اندر پھلوں کے بیجوں اور پھلوں کی شکل میں غیر ہضم پذیر نفل موجود ہوں پر برہیز کرنا چاہئے اور ٹھوس غذا کو نگلنے سے پہلے پوری طرح چبا لینا چاہئے، یا دانت نہوں کو اس کا چورا کر کے کھانا چاہئے۔ تیز خوشبودا یا مالے دار چینیوں، تلی ہوئی غذاؤں، کئی کئی اجزاء والے کھانوں، گرم سالوں، کھٹے پھلوں اور کچی چیزوں جیسے کہ مویلوں (salad) وغیرہ کا استعمال ممنوع ہے۔ غذا سادہ ہونی چاہئے، لیکن جن چیزوں کی اجازت ہے ان کی نام بنام فہرست دینا ناممکن ہے۔ بہت کچھ خود مریض کے تجربہ پر منحصر ہوتا ہے۔ مندرجہ ذیل اصول یاد رکھنا چاہئے :- لحمی غذاؤں معدے کی تہیج کر کے ایک اعلیٰ درجہ کا زہریلے رس پیدا کرتی ہیں جس کے ساتھ بیسیسین بھی پیدا ہوتی ہے اور یہ غذاؤں ایسے واسطہ کے اندر بہترین ہضم ہوتی ہیں۔ نشاستہ دار غذاؤں رین کے اینزیم (enzyme) سے ہضم ہوتی ہیں جس کے لئے نحیف سے قوی واسطہ کی ضرورت ہوتی ہے، لیکن شحم ہائڈروکلورک اینڈ کا افراز کم کر دیتی اور معدے کے خالی ہونے میں تاخیر واقع کر دیتی ہیں۔ لہذا معمولی حالات کے تحت اور بالخصوص اس وقت جب کہ معدی رس کی مقدار کم ہو گوشت کھانے کے شروع میں دینا چاہئے تاکہ معدی رس کی پیداوار کی تہیج ہو اور پچسہ کھانے کی تکمیل نشاستہ دار غذاؤں اور شحم کے ذریعہ کرنی چاہئے جو سبزیوں، اناج (cereals) یا پھلوں اور ساتھ ہی مسکہ یا بالائی کی صورت میں ہوں۔ اس کے برعکس اگر معدی رس کا افراز نہایت افراط کے ساتھ ہو تو ابتداءً شحم (۱۲ اونس روغن تیون) یا روغن کے اندر سارڈین مچھلیاں مسکہ کے ساتھ دی جائیں، اور ازاں بعد گوشت اور اناج وغیرہ دینے سے بہترین نتائج حاصل ہو سکتے ہیں۔ شحم کے ذریعہ افراز کو کم کرنا طریقہ غالباً بہتر ہے بہ نسبت اس کے کہ معدہ کے اندر ہائڈروکلورک بن جانے کے بعد اس کی تبدیل دواؤں کے ذریعہ کی جائے۔ لحمی غذاؤں کے ساتھ چربی نہیں دینی چاہئے، اور ممکن ہے کہ لحم خنزیر میں زیادہ چربی کی موجودگی ہی اس کا سبب ہو کہ وہ ناقابل برداشت ہوتا ہے۔ مچھلی جیل کی بہت سی قسموں میں چربی نہیں ہوتی، عموماً سب سے زیادہ قابل

برداشت ہوتی ہے۔

زیادہ شدید اصابتوں میں معمولی جسامت کا کھانا لیا ہی نہیں جاسکتا، اور یقیناً صورت حالات ایسی ہوتی ہے کہ جب معدہ میں غذا تھوڑی مقدار میں ہو تو وہ اپنا فصل بہتہ میں طور پر انجام دیتا ہے، اور جب معدہ بھرا ہوا یا بالکل خالی ہوتا ہے تو دریا تکلیف محسوس ہوتی ہے۔ ایسا وسط غذا ایک وقت میں تھوڑی مقدار میں اور متواتر وقفوں کے بعد دینا مناسب ہے۔ بلکہ سے ناشتے اور دوپہر اور رات کے کھانوں کے علاوہ ان اوقات پر بھی تھوڑا کھا لینا چاہئے۔ صبح کے وقت سو کر اٹھنے کے بعد صبح کے درمیانی وقت میں ۴ بجے شام کو اور رات کو سونے سے پہلے۔

غذا کے مابین صحیح وقفہ طویل سے نظر ڈالی جاسکتی ہے۔ اولاً سیال کا وہ حجم ہے جو غذا کے محسوس ہونے کے ساتھ مل کر ہضم کے لئے انسب (optimum concentration) پیدا کر دیتا ہے۔ اس کو کھانے کے دوران میں یا کھانے کے فوراً بعد لے لینا چاہئے، اور یہ چوبیس گھنٹوں میں ایک پنٹ یعنی ڈیڑھ پاؤنڈ تک لیا جاسکتا ہے۔ مزید سیال جو مقدار میں ایک یا دو پنٹ ہوتا ہے، وہ ہے جو کہ جسم کے عام تحول میں ضروری ہوتا ہے۔ اسے کھانے سے پاؤ یا آدھ گھنٹے پہلے لینا چاہئے۔ جادات اور مایعات کو ہمیشہ گرم کر لینا چاہئے۔ مناسب ترین سیالات پانی، ہلکی چائے یا کوکو ہیں اور یقیناً دودھ بھی جو کہ ایک اہم غذا بھی ہے۔ الکحل نہیں لینا چاہئے۔

سوہمضم کے بعض مریض بہت لاغر ہو جاتے ہیں کیونکہ وہ ناگوار نتائج کے خوف سے غذا لینے سے انکار کر دیتے ہیں۔ ایسے مریضوں کے لئے بستر پر آرام کرنا ضروری ہے، اور انہیں اپنی قاعدی احتیاج (basal requirement) (ملاحظہ ہو صفحہ ۳۷) سے زائد غذا لینے پر مجبور کرنا چاہئے یہاں تک کہ ان کا وزن پھر اتنا ہی ہو جائے۔ ایک عمدہ تجویز یہ ہے کہ تغیر پذیر ناشتہ، اور دوپہر اور شب کا کھانا دیا جائے، اور غذائی مقدار قاعدی احتیاج کے معادل ہو۔ علاوہ ازیں سو کر اٹھنے کے بعد ۱۱ بجے صبح ۴ بجے شام کو اور شب میں آخری چیز کے طور پر ۳ پنٹ (ایک سیر دو چٹانک) دودھ لے لیا جائے۔

ادویہ۔ بہ صرمت اسی وقت تجویزی جائیں جب کہ غذا کی بہ احتیاط تنظیم

کرنے کے باوجود علامات کی شکایت ہو۔ ایک نہایت نفع بخش چیزہ CO ہے، جو معدے کے اندر آزاد کرائی جاسکتی ہے اور جس کا فعل معدی انقباض کا امتناع کرنا یا ڈکاریں لانا ہے جن سے دروں معدی دباؤ کم ہو جاتا ہے۔ دو آمیزے تیار کئے جاتے ہیں :- (۱) سوڈا بائی کارب - گرین ۳۰، خیساندہ جتیا نہ مرکب، تا بعد ایک اونس - (۲) سائٹرک ایسڈ، کرین ۳۰۔ آب کلوروفارم، سما بعد ایک اونس - ڈکاریوں کا اعظم اثر حاصل کرنا ہو تو پہلے آمیزے کے یہ فوراً دوسرا آمیزہ استعمال کیا جاتا ہے۔ اگر اس سے خفیف تر اثر پیدا کرنا ہو تو پہلے آمیزے کا ایک فی سیون فل لینے کے بعد دوسرے آمیزے کا ایک فی سیون فل لیا جائے اور اس کا تکرار کیا جائے یہاں تک کہ درو یا خفیف کا ازالہ ہو جائے۔ سوڈا بائی کارب کے بجائے تیار نہ کیا

(prepared chalk) اور میگنیشیا کارب (mag. carb.) کے مساوی حصول کا ایک

338

فی سیون فل قدرے پانی کے اندر ملا کر اسی طرح استعمال کیا جاسکتا ہے۔ میگنیشیا کارب اس قبض کو رفع کرنے میں مفید عمل کرے گا جو اکثر موجود ہوتا ہے۔ جب سوڈا بائی کارب تنہا دیا جاتا ہے تو در دفع کرنے میں اس کا مفید اثر تقریباً تقینی طور پر اسی وجہ سے ہوتا ہے کہ معدے میں کے ترشہ سے CO آزاد ہوتی ہے، نہ کہ سوڈا بائی کارب کی قوی خاصیت کی وجہ سے۔ سائٹرک ایسڈ دینے کا یہ فائدہ ہے کہ وہ اس عمل کو اور بھی زیادہ یقینی کر دیتا ہے اور دوران ہضم میں دفعۃً معدی رس نے ہائڈروکلورک ایسڈ کی تبدیل کر دینا غالباً بہت سی اصابتوں میں ایک خراب مداخلت ہے۔ اگر CO کے اثر سے بالکل علیحدہ ایک قلی تجویز کرنا مقصود ہو تو میگنیشیم ام کاسٹ استعمال کیا جاسکتا ہے۔ جہاں یہ شبہ ہو کہ غشائے مخاطی میں ضررات موجود ہیں، کوہاں ان ضررات کو ایک پلستر سے ڈھانکنے اور اس طرح ان کی حفاظت کرنے کے مقصد سے پلستر (bismuth) یا کے اولین (kaolin) تجویز کر سکتے ہیں۔ لیکن انھیں خاصی بڑی مقدار میں، مثلاً ۲ تا ۴ ڈرام کی مقدار میں لعاب (mucilage) کے ساتھ پانی میں معلق کر کے دینا چاہئے۔ سورہ ہضم کی بعض اصابتوں میں مرقہ ہائڈروکلورک ایسڈ، ایک ڈرام تک کی مقدار میں، پانی کے ساتھ خوب ہلکا کر کے، طمانے کے ساتھ اور اس کے بعد لیا جائے تو بہت مفید ہوتا ہے، بالخصوص اس وقت جب کہ معدی رس کا HCl پست ہو اور بہت رنجیت کے ساتھ چہرے کی تمنا ہٹ موجود ہو، جیسے کہ گلابی کنی کی اصابتوں میں۔

دوسری دوائیں جن کو کاسر ریح کہتے ہیں، زمانہ دراز سے لی گئی ہیں اور ان کی فلی اہمیت ہے۔ وہ یہ ہیں:۔ سال وولٹائل (Sal volatile)، کچلہ کا صبغیہ (tr. nucis vomicae) اسٹرکنین (strychnine)، عرق الذہب (iphecacuanha) نسیاتی مریات (vegetable bitters) جیسے کہ کیا لمبا کی جڑ (calumba root) اور طرنا پذیر روغنیات (volatile oils) جیسے کہ روغن پودینہ۔

طبیعی طریقے۔ شکم کے بالائی حصہ پر لگائی ہوئی حرارت ایک قوی مدہضم ہے اور غالباً اپنا عمل خراش متقابل کی طرح، معکوس طور پر موثر حشائی حرکات پیدا کر کے کرتی ہے۔ حرارت کا استعمال کھانے کے بعد گیمگی ٹیسٹو (Gangee tissue) کو شکم کے گرد باندھ کر، یا ایک چھوٹی نقل پذیر گرم پانی کی تھیلی یا برقی یا سمولی پولیسٹروں یا پلستروں [جن میں آمبی فلاجسٹین (antiphlogistin) یا تھرموجن دول (thermogene wool) شامل ہیں] کی وسعت سے کیا جاسکتا ہے۔ دوسرے طریقے جن کا اطلاق سقوط المعده (gastroptosis) کی حالت پر ہوتا ہے کہ جس میں افعال حرکت کی قلت ہوتی ہے، صفحہ 340 پر بیان کئے گئے ہیں۔ نہایت شدید و غیر علاج پذیر درد معده کی اماتوں میں، معدے کے اندر ایک ٹی گزانا چاہئے تاکہ دباؤ کم ہو جائے۔ یہ ارفیادینے کے نسبت زیادہ مناسب ہے، لیکن بعض اوقات ارفیاد کا دینا ناگزیر ہو جاتا ہے۔

## بلع الہوا

(aerophagy)

بلع الہوا یا کثرت ہوا نگہنے کی حالت ریجی سودہضم کی ایک قسم پیدا کرتی ہے۔ گذشتہ زمانہ میں معدے میں گیس کا اجتماع تخمیر کا نتیجہ سمجھا جاتا تھا۔ لیکن طبی طور پر یہ کسی معتد بہ حد تک نہیں واقع ہوتا، کیونکہ معدی مافیہ بہت ترشی ہوتے اور معدے میں بہت قلیل عرصہ تک ٹہرتے ہیں۔ معدہ کا سرطانی سلمہ جو بوائی صنیق (pyloric stenosis) پیدا کرتا ہے، وہ خاص حالت ہے جس سے تخمیر کی استعداد پیدا ہو جاتی ہے، کیونکہ اس حالت میں پست ترشگی اور غذا کا رکود دونوں موجود ہوتے ہیں۔ طبی طور پر غذا کے ساتھ کیتھر ہوا نگلی جاتی ہے، جو لاشاعوں کے ذریعہ معدے کے اندر



دائیں ڈایا فرام سے بالکل نیچے ہی ایک صاف رقبہ کے طور پر دیکھنے میں آتی ہے اور وہ لمبی آواز پیدا کر دیتی ہے جو معدے کے بالائی حصے پر قزع کرنے سے حاصل ہوتی ہے۔ وہ حالت جو بلع الہوا کے نام سے مشہور ہے، صرف اسی وقت موجود سمجھی جاتی ہے جب کہ ہوا کی بہت زیادہ مقداریں تنگی جائیں اور خاص کر جب کہ یہ عمل کھانوں کے درمیان بھی جاری رہے۔

بحث اسباب۔ بلع الہوا کی اصابتوں کے تین گروہ ہوتے ہیں:-

- ۱۔ سوء الهضمی۔ اسے اس طبی میکائیت کا جس کے ذریعہ سے معدے میں ہوا داخل ہوتی ہے (24) مبالغہ آمیز حالت سمجھنا چاہئے (علامہ بوصفہ 335)۔
- ۲۔ خراب عادات۔ یہ سوء الهضمی قسم سے قریبی تعلق رکھنے والا گروہ ہے اور ممکن ہے کہ اسی سے پیدا ہو جائے۔ مریض کی مقدار تکلیف محسوس کرتا ہے، جیسے کہ شرایف میں تنگی یا پری کا احساس اور اسے محسوس ہوتا ہے کہ اچھی طرح ڈکارنے کروہ اس میں تخفیف پیدا کر سکتا ہے۔ تکلیف کا یہ احساس ممکن ہے کہ خود بخود پیدا ہو جائے، یا حادثہ ہضمی یا حادثہ قرحہ، یا کسی دوسری بیماری کے حلاکتہ نتیجہ ہو۔ نیز یہ اصلی سبب کے دفع ہو جانے کے بعد بھی بدستور قائم رہتا ہے۔ یہ معدے میں گیس کی زیادتی کی وجہ سے نہیں ہوتا اور معدہ اکثر تقریباً خالی ہوتا ہے۔ مریض ڈکارنے کو تخفیف مرض کی کوشش کرتا ہے، لیکن اس کا اثر یہ ہوتا ہے کہ ہوا زور کے ساتھ معدے کے اندر داخل ہو جاتی ہے جس سے تکلیف اور بڑھ جاتی ہے۔ مریض ایسا ایک دوبار اور کرتا ہے، یہاں تک کہ ہوا کی بہت بڑی مقدار جمع ہو جاتی ہے۔ ایک اور مرتبہ ڈکار لینے پر ساری گیس خارج ہو جاتی ہے اور فی الفور کامل آرام کا احساس ہوتا ہے۔ تھوڑے عرصہ کے بعد پھر وہی تکلیف کا احساس ہوتا ہے، اور ممکن ہے کہ یہی دور غیر متعین طور پر بار بار ہوتا ہے۔ دوسرے مریضوں کو یہ شکایت ہو جاتی ہے کہ ہر چند سیکنڈ کے بعد ان کو بلند آواز کے ساتھ ڈکاریں آتی ہیں، جس کی وجہ سے وہ خود اپنے لئے اور دوستوں کے لئے ایک وبال ہو جاتے ہیں۔ فی الحقیقت یہ ایک قسم کا "قلص" ("tie") ہے اور اکثر سٹریائی ہوتا ہے۔ ایسی اصابتوں میں ہوا معدے میں نہیں داخل ہوتی، بلکہ وہ مری کے اندر چوسی جتا کر فی الفور زور کے ساتھ باہر نکال دی جاتی ہے۔ اور بھی دوسری اصابتوں میں ہوا ہضمی

کے ذریعہ معدے کے اندر کھینچ آتی ہے۔

۳۔ افراطِ رقیق۔ اس کا سبب مبہم ہے۔ لیکن جب یہ پیدا ہوتا ہے تو مریض اسے دن بھر برابر بھگتے رہتے ہیں اور ساتھ ہی ہوا ابھی نگلی جاتی ہے۔

علامات یہ ہیں :- شراب میں پی پی اور ساتھ ہی تکلیف کا احساس اور بعض اوقات شدید درد کے ساتھ تمدد و کاریں، پچکی، عدم اشتہا، تھکے بعض بعدیوں احتلالات بھی طبع الہوا سے منسوب کئے جاسکتے ہیں، یعنی چہرہ کا اقلتا، دردِ منہ، جسم کا گرم ہو کر متمما جانا، اختلاج، سرعیت ضربات قلب، متہ اور انکماشات اور مری میں پیدا ہونے والے سخت القوی درد۔ یہ پایا گیا ہے کہ اگر معدہ کا تجربی تمدد پیدا کیا جائے تو مری کی حرکت و دوبہ میں زیادتی پیدا ہو جاتی ہے۔ نگلی ہوئی ہوا کا اکثر حصہ بواب کی راہ سے آگے چلا جاتا ہے اور لاشعاعوں سے عارضی طور پر اشتناعشری کے پہلے حصے میں دیکھا جاسکتا ہے۔ پھر یہ چھوٹی آنت میں سے گذر کر قولون کے اندر بڑے بڑے بلبوں کی شکل میں جمع ہو جاتا ہے۔ اس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ مافیہ کے آگے بڑھنے میں مزاحمت زیادہ ہو جاتی ہے اور اس طرح اس سے قولونی رکود کی ایک قسم پیدا ہو جاتی ہے۔ آخر کار ہوا مز کی راہ سے گوزین کر نکل جاتی ہے۔ قولون کی راہ سے اس کے گزرتے وقت اکثر قفل کی آواز پیدا ہوتی ہے، جن کو قراقرامعا کہتے ہیں۔

تشخیص۔ معدے اور امعاء کے اندر زیادہ گیس کی موجودگی لاشعاعوں سے دلیلی جاسکتی ہے۔ ممکن ہے کہ معدہ چھوٹا ہو یا بڑا ہو۔

علاج۔ سوء البضنی قسم پر پہلے ہی غور کیا جا چکا ہے۔ دوسری قسموں میں مریض کو احتیاط کے ساتھ پوری صورتِ حالات سمجھا دینی چاہئے اور اسے کھانوں کے درمیان میں جس قدر ممکن ہو کم ننگنے کی ہدایت کرنی چاہئے۔ ایسا کرنے میں مریض کو اپنے منہ میں ایک سگریٹ کی منہ نال (cigarette-holder) پکڑے رکھنے سے یا غضروفِ درقی سے اوپر گردن کے گرد ایک تنگ گلوبند پہننے سے مدد مل سکتی ہے۔ ان ذرائع کی وساطت سے وہ ننگنے کے عمل کے آغاز سے مطلع ہو جاتا اور اپنے آپ کو قابو میں رکھ سکتا ہے۔ تنفسی ورزشیں بھی مفید ہوتی ہیں۔ کھانے کے وقت سیالات کو ستر کرنا یا چمکنا نہ چاہئے بلکہ ایک گھاس کے تنکے میں سے لینا چاہئے۔ انداز اچھا ہوتا ہے۔

ہسٹریائی امیبتوں کے لئے ممکن ہے کہ علاج کے خاص طریقوں کی ضرورت پیش آئے  
(ملاحظہ ہو صفحہ 785)۔

## سقوطِ المعده

(gastroptosis)

احشاء پر سقوط کی اصطلاح کا اطلاق ہو تو اس کا یہ مفہوم ہے کہ شکم کے اندر وہ معمول کے نسبت ایک نیچی جگہ پر واقع ہیں۔ سقوطِ المعده کا تہنا پایا جاتا ہے، لیکن اکثر اوقات یہ احشاء کی عمومی گراؤٹ کے ساتھ متلازم ہوتا ہے، جسے سقوطِ الاحشاء (visceroptosis) یا مرضِ گلیٹنارڈ (Glenard's disease) کہتے ہیں۔ اس مرض میں ممکن ہے سقوطِ کبد (hepatoptosis) (۴) سقوطِ طحال (splenoptosis) سقوطِ کلید (nephroptosis) (دائیں طرف کا ۱۹) اور سقوطِ قولون (coloptosis) (۴) موجود ہو۔ یہ تمام حالتیں خاص کر قولون اور اس کے عوجات کی گراؤٹ بالکل تندرست شخصوں میں بھی مل سکتی ہے۔ ان احشاء کے سقوط کے یہ معنی ہیں کہ پورا احشاء گر پڑتا ہے، لیکن سقوطِ المعده کی اصطلاح اس مفہوم میں نہیں استعمال کی جاتی، کیونکہ معدے کی چوٹی علیٰ طور پر ہیئت ڈایا فرام سے متماثل رہتی ہے۔ معدے کا زیریں حصہ ہی گر پڑتا ہے، یعنی یہ حشاء لمبا ہو جاتا ہے۔ ڈایا فرام کی گراؤٹ سٹاڈ ہی واقع ہوتی ہے (۲)۔

اسباب۔ صفحہ 327 پر بتایا گیا ہے کہ سقوطِ المعده بالکل تندرست اشخاص میں بھی واقع ہو سکتا ہے، یعنی لمبے اور تنگ سینہ اور شکم والے اشخاص میں۔ یہ حالت مردوں کے نسبت عورتوں میں تنگنی عام ہوتی ہے۔ جن عورتوں کو کوئی بچہ نہ ہوا ہو یا زیادہ سے زیادہ ایک یا دو بچے ہوئے ہوں، ان کے نسبت اکثر یہ ان عورتوں میں زیادہ عام ہوتی ہے جن کو کئی بچے ہو چکے ہوں۔ یہ بالخصوص تیس سال سے اوپر کی عمر میں ہوتی ہے۔ علامات کا پہلے پہل انقباض حاد فوری حسیات یا التهاب زائدہ دودید کے بعد یا شکم کے جراحی عملیہ کے بعد، یا دماغی اور جسمانی محنت یا بار کے بعد ہوتا ہے۔ بہت زیادہ محنت بھی سقوطِ المعده پیدا کر سکتی ہے۔

علامات - قبض سب سے زیادہ عام ہے (۶۷) پھر شکم کی تکلیف (۲۵) ریجیت (۴۵) نقصان توانائی (۴۴) درد شکم (۴۳) وزن کا کم ہو جانا (۳۶) درد سر (۳۱) متلی (۲۴) اور پستی (۲۲) - سینہ کی جلن کسیدہ رمیز ہوتی ہے - یہ یقین کرنے کے لئے کوئی وجہ نہیں ہے کہ معدی تفرج سقوط المعده میں ان اصابتوں کی نسبت زیادہ عام ہوتا ہے جن میں شکمی علامات کے ساتھ معدہ طبعی محل وقوع رکھتا ہو لیکن لاشعاعی منظر سے اس امر کے طرف اشارہ ہوتا ہے کہ اشعاع شری تفرج (۲۳) کسیدہ زیادہ عام ہوتا ہے - پیڑی سے ڈھکی ہوئی زبان (۴۶) کافی دانت (۲۳) جو فیزی سیلان کم (pyorrhoea alveolaris) (۱۹) عام تھے - عام عقیدے کے خلاف معدی بیش تر شکمی کثیر الوقوع تھی (۴۹) لیکن کم تر شکمی بھی تھی (۲۱)۔

تشخیص - سقوط المعده کو شناخت کرنے کا طریقہ یہ ہے کہ غیر شفاف کھانا دینے کے بعد ریض کو انتصابی وضع میں رکھ کر لاشعاعوں کے ذریعہ سے دیکھا جائے طبعی حالت میں انحنائے صغیر حرقنی عرفوں سے اوپر ہوتا ہے اور انحنائے کبیر ان سے نیچے - جب معدہ گرا ہوا ہو تو ممکن ہے کہ انحنائے کبیر اس قدر نیچے ہو کہ انتہائی اصابتوں میں وہ اتفاقاً عانی تک پہنچ جائے (ملاحظہ ہو صفحہ ۲۱ صفحہ 340) - جیسا کہ پہلے بتلایا گیا ہے ؟ معدے کے محل وقوع کا نیچے ہونا تند رستی کی حالت کا مسافہ نہیں اور ایسے علامات موجود ہیں جو عارضی طور پر اس حالت کو پیدا کر سکتے ہیں (ملاحظہ ہو صفحہ 328)۔

سقوط المعده عموماً قلت تنش (۷۱) کے ساتھ متلازم ہوتا ہے اور یہ غالباً علامات یہ دیا کرنے میں سب سے زیادہ اہم عامل ہوتی ہے - قلت تنش کا ثبوت غیر شفاف کھانا، تنواسوسی - سی کی مقدار میں متواتر دینے سے حاصل کیا جاسکتا ہے طبعی حالت میں معدہ اس کا تعامل اس طرح ظاہر کرتا ہے کہ وہ غذا کے استواء کو ایک مستقل لمبائی پر رہ رکھتا ہے (شکل ۴۸ الف اور ب میں م ن) خواہ دی ہوئی غذا کی مقدار کچھ بھی ہو لیکن جب معدہ میں قلت تنش ہوتی ہے تو غذا کا ابتدائی حصہ نہ نشین ہو جاتا -

لے قویں میں درج کئے ہوئے اعداد ظاہر کرتے ہیں کہ سقوط المعده کی غیر پیچیدہ ۱۰۰ تصانیف جن میں شکمی علامات موجود تھے کتنی اصابتوں میں یہ علامات موجود تھیں (26)۔



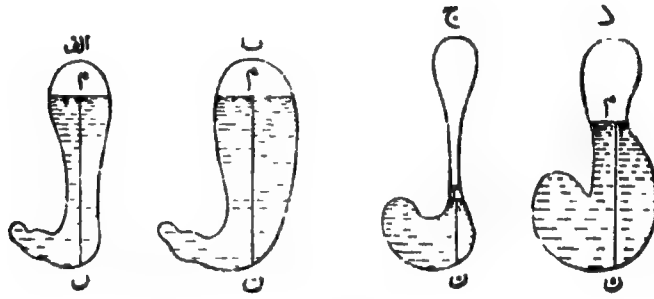
ایک گرتے ہوئے یا اطالت پذیر معدہ کی شعاع نگاشت جو کہ یہ ہم سے بچھا ہوا ہے اکھا، کسبہ کا زیریں حصہ حوض میں ارتفاق سے عین اوپر واقع ہے۔ یہ حرقضی عرف سے بہت نیچے ہے۔ معدہ کا مالائی حصہ لطرہیں آتا، لیکن معدہ کے وسط کے قریب درونہ ننگ نظر آتا ہے۔ یہ اطالت پذیر معدہ کی دیواروں کے لٹک بڑے کی وجہ سے ہے۔ ریت گہری معدہ کی طرح اس میں کوئی شیخ یا ندی انقباض نہیں جب معدہ گرتا ہے تو اس کا حجم طبعی سے زیادہ ہو جاتا ہے، گویا یہ ایک قسم کا متسع معدہ بن جاتا ہے۔ دوسری قسم میں جو کہ بوابی ضیق کے ساتھ متلازم ہے ایک بالکل دوسرا منظر نظر آتا ہے۔ (ملاحظہ ہو صفحہ ۲۶ صفحہ 351) (مسٹر ڈبلیو لنڈ سے لاک کے لئے ہجرت سے)



ایک مینٹ منشی معدہ کی شعاع نکالتا ہے۔ یہ ایک نھوٹا سا معدہ ہے جو کہ بیرجم سے بچا ہوا اور شکم میں وارپا عرضی طور پر پھیلا ہوا ہے۔ سینکڑوں میں بہت بلند و پربہ اور حرقی ہونے سے جو کہ تصویر میں دکھائے ہیں گئے نہیں اور واقع ہے۔ انما عنہ کی کا اول حصہ معدہ کے بوابی سرے کے پیچھے چھنا ہوا ہے۔ یہ یہ کہ نھوٹا سا حصہ گریکاٹ اور متبہ نظر آ رہا ہے۔ وہ کہ قعر میں ایک بہت بڑا ہوا کا سلاخ جو کہ ٹائیں ڈا بارام کے میں بیچ نظر آتا ہے معدہ میں کسال کا بالائی لیول جو کہ افقی ہے ہوا سے نیچے نظر آتا ہے۔ (مشر ذلیلول سے لاک کے لئے ہوئے جھٹ سے)

معدے کے حصے معدے کو ایک پھیلی کی طرح پکڑ دیتے ہیں (24) (ملاحظہ ہو شکل ۴۸ ج اور ۴۹)۔ معدے کے خالی ہونے میں عموماً تاخیر ہو جاتی ہے (۵۷) اور لاشعاعی شہادت ہے اکثریت چلتا ہے کہ زائدہ دودھ کی غیر طبعی حالت (۵۹) 'قولون میں تاخیر' (۶۶) 'سقوط القولون' (۴۷) اور لفافہ رکود (۴۲) موجود ہے۔ معدہ کے نیچے ہونے اور اکثر قلت تنفس کے باوجود معدے کے حرکات دودھ فاعلی پائے گئے۔

تھریز کا طریقہ یہ ہے کہ عمر بچہ باقاعدہ ورزش کی جائے، تنگ کارسیٹوں (corsets) اور زیادہ محنت سے احتراز کیا جائے، غذا ایسی لی جائے کہ جس میں پھل



شکل ۴۸

اور ترکاریاں بہ افراط ہوں، پانا خانہ جانے میں پابندی وقت کی عادت ڈالی جائے اور آنتوں کی ہر بے قاعدگی یا علامات سورہ ہضم کے طرف فوری توجہ کی جائے۔

سقوط المعده کی ایک سریری علامت یہ ہے کہ ناف سے اوپر خط وسطیٰ میں دبانے سے درد پیدا ہو جاتا ہے، اور اگر ہم زماں طور پر ارتفاق عانی سے عین اوپر دبایا جائے تو اس میں فوری تخفیف پیدا ہو جاتی ہے۔

علاج - نسبتہً خفیف امصابتوں میں نکلن ہے کہ کسی علاج کی ضرورت نہیں، اگرچہ ان میں بھی عضلات شکم کو جناسٹاک یعنی اکھاڑے اور کسرت وغیرہ کی ورزشوں گھوڑے کی سواری یا چھلکتی یا شمشیر زنی کی مشقوں سے کچھ تقویت دینا مفید ہے۔

شکی دَلک اور بجلی بھی مفید ہو سکتی ہے۔ زیادہ نمایاں امصابتوں میں ایک پیسٹی

مسلل دن بھر پہنے رہنا چاہئے۔ یہ پیٹی ایسی بنی ہوئی ہو کہ ارتفاق عانی سے عین اوپر سخت دباؤ ڈالے۔ اور پیٹی کے اندر کے طرف ایک چھوٹی ابھری ہوئی گدی رکھنا ایک عمدہ تجویز ہے۔ جہاں مدد بہت مسرع ہو، ایک وقت میں کھانے کی تھوڑی تھوڑی مقداریں لینی چاہئیں اور کھانے کے بعد مریض کو دائیں کروٹ پر لیٹ جائیادوں اور بائیں کروٹ پر لیٹ جائیادوں کے بل چلنا چاہئے جس سے غذا کو بواب کے آر پار گزرنے میں آسانی ہوگی۔

341

## ہسٹیریائی قے

(hysterical vomiting)

دوسرے ہسٹیریائی مظاہر کی طرح، ہسٹیریائی قے بھی عموماً کسی ایسی شکایت سے پیدا ہو جاتی ہے جس کی علامتوں میں سے قے ایک علامت ہوتی ہے، اور جب اصلی شکایت رفع ہو جاتی ہے تو یہ قے ایذا کی وجہ سے جاری رہتی ہے۔ وہ قے جو حل کے ساتھ قدرتی طور پر متلازم ہو ا کرتی ہے، ایذا پذیر افراد میں اسی وجہ سے جاری رہ سکتی ہے۔ اس قسم کی قے التهاب زائدہ دودھ کے حملہ کے بعد اس وقت بھی جاری رہ سکتی ہے جب کہ زائدہ دودھ جراحی عملیہ کے ذریعہ سے خارج کر دیا گیا ہو۔ وہ ان جنگ میں ”گیس زدگی“ کی علامتوں میں سے قے ایک علامت تھی، اور بہت سی اصابتوں میں ہسٹیریائی قے پیدا ہو گئی۔

علاج۔ دوسری ہسٹیریائی اصابتوں کی طرح، اس میں علاج نفسی (psychotherapy) کا استعمال کرنا چاہئے۔ مریض کو اصلی صورتِ حالات سمجھا دینا چاہئے۔ تمام مخصوص دوائیں اور غذاؤں جو ابتداء قے کی وجہ سے تجویز کی گئی تھیں، اور جو ممکن ہے کہ بذریعہ ایذا اس حالت کو جاری رکھیں، اب بند کر دینی چاہئیں، اور مریض کو معمولی غذا لینے کی ترغیب دینی چاہئے۔ غیر العلاج اصابتوں میں مدد کی راہ سے اثناعشری میں ربر کی ایک پستلی نلی گزار کر مریض کو غذا دی جا سکتی ہے۔



## دوری قے

(cyclical vomiting)

بچی اور ہستالی مزاولت دونوں میں یہ شکایت تین تا تیرہ سال عمر والے بچوں میں نسبتاً عام ہوتی ہے۔ اگرچہ اس کا امکان ہے کہ اسے ”صفراء کے حملوں“ (”bilious attacks“) کی تشخیص کے تحت نظر انداز کر دیا جائے جو غذا کی کسی بے احتیاطی سے منسوب کر دیئے جاتے ہیں۔ اس کے حملے مختلف فاصلوں پر ہو کر تے ہیں اور ذہنی یا دماغی ہیجان (جیسا کہ حیلوں کی شرکت سے یا امتحان دینے سے پیدا ہو جاتا ہے) سرایت (جیسے کہ زکام یا التهاب لوزہ) زائد عضلی محنت (جیسے کہ مسابقتی کھیلوں میں) یا بلنے سے (جیسے کہ موٹر کی سواری میں) شروع ہو جاتے ہیں۔ اکثر ان کی موجودگی کی ایک خاندانی سرگزشت ہوتی ہے اور اس شکایت کے موضوع بعض اوقات (گو کہ ہمیشہ نہیں) معمولی صحت کی حالت میں نہیں ہوتے اور وہ متبعض غفلت، شہوب، عصبی مزاج، شب بولی (nocturnal enuresis) پھٹ پی (backwardness)، کیٹون بولیت (ketonuria) وغیرہ میں مبتلا ہوتے ہیں۔

علامات۔ حملہ دفعۃً شروع ہو جاتا ہے۔ علاماتِ جودہ یا تین دن تک جاری رہتے ہیں یہ ہیں:۔ کسمندی، غنودگی، دردِ مرتقے، اور انبطاع۔ ارتفاعِ حرارت جو ٹکس ہے کہ ۱۰۳ درجہ فارن ہائٹ تک پہنچ جائے، پہلے دن ضرور موجود ہوتا ہے۔ درد شکم ہوتا ہے جو اکثر دائیں حرقفی حفرہ میں ہوتا ہے اور بعض اوقات اس کے ساتھ ایمیٹ اور استواری ہوتی ہے، چنانچہ التهاب زائدہ دودیدہ سے مشابہت پیدا ہو جاتی ہے۔ راقم الحروف کے ایک مریض میں پاخانے حملہ کے آغاز میں بدبودار اور حملہ ختم ہو جانے کے بعد غیر معمولی طور پر بڑے تھے۔ قاعدہ ہے کہ حملہ کے دوران میں قبض ہو کر آتا ہے۔ مریض کی قے اور سانس دونوں میں اسیٹون (acetone) کی بو آتی ہے اور قارورہ کے اندر اسیٹون اجسام (acetone bodies)، یعنی اسیٹون اسیٹو اسیٹک ایسڈ (aceto-acetic acid)، ایب آکسی بوٹائرک ایسڈ (β-oxybutyric acid) پائے جاتے ہیں۔ یہ کیتونیت حملہ کے آغاز میں قے

شروع ہونے سے پہلے موجود ہو سکتی ہے۔ اگر قے جاری رہے تو بچہ جلد ہی دُبلتا ہو جاتا ہے۔ اُس کا شکر باز کشیدہ، چہرہ لٹکا ہوا ہوتا ہے اور آنکھوں میں گرہے پڑ جاتے ہیں۔ کبھی کبھی اس کا حمل مہلک ہوتا ہے اور دُر دسز ہڈیاں، بیچینی، تشنات کے ساتھ، ہبوط یا کیتونیت کی وجہ سے قوما ہو جاتا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 466)۔ مہلک امابتوں میں جگر یا موم شمی اعظا کی حالت میں پایا گیا ہے۔

**امراضیات**۔ بعض امابتوں میں قلیل شکر و مویت پائی گئی ہے، اور بعض میں خون کی شکر معمولی مقدار میں ہوتی ہے۔ یہ رائے پیش کی گئی ہے کہ عصب مثار کی کے تہج کے ذریعہ سے ایڈرینالین کا افراز زیادہ نکلتا ہے، اور یہ نیکوین شکر کو بڑھاتا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 479)، اور بالآخر جگر کی گلائیکوجن کو گلوکوز کی شکل میں بہ افراط منتشر کر دیتا ہے، جو جسم کے اندر بہ سرعت حل جاتا ہے۔

تھریز اور علاج۔ حملوں کی روک تھام اور علاج اس طرح کیا جاسکتا ہے کہ بہ افراط شکر دی جائے۔ اگر بچہ بے ہوش ہے تو وہ فی صدی ڈکٹروں (dextrose) ایک انفی انبوہ کی راہ سے جو کہ بواب یا اثنا عشری تک داخل کر دیا جاتا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 479)، اور معاً متعیم کی راہ سے دیا جاسکتا ہے۔ کیتونیت کا علاج بہ کثرت سیالات سوڈائی کارب، وغیرہ دے کر کرنا چاہئے، لیکن انسولین نہیں دینی چاہئے۔

## معدہ اور اثنا عشری کا ما و اتساع

342

(acute dilatation of the stomach & duodenum)

### معدی اور اثنا عشری ایلاؤس

(gastric & duodenal ileus)

معدہ۔ اس قسم کی امابتیں نسبتاً نادر ہیں، اگرچہ اب بہت امابتوں کا اندراج ہوا ہے۔ ان کے وقوع کا سبب آسانی سے سمجھ میں نہیں آتا۔ ان کی غالب تعداد میں تسد و کا کوئی مرتب سبب نہیں ہوتا، لیکن بعض امابتیں معدے کو حد سے زائد بھر لینے کے بعد (خاص کر سبزی ترکاریوں سے) پیدا ہو جاتی ہیں۔ کثیر المقداریں جلد پیدا ہو کر معدہ اسی طرح پھول جاتا ہے جس طرح کہ ایک بھیر کا پیلا معدہ (rumen)

ہرے گیہوں کھالینے کے بعد۔ چند اصابتیں تضرر لگنے کے بعد واقع ہو گئی ہیں اور گمان غالب ہے کہ ان میں مددی عضلہ مشلول ہو جاتا ہے، اور ایک چوتھائی سے زائد اصابتیں تراجی اعمال کے بعد ہوتی ہیں۔ ایسی اصابتوں میں قیاس ہے کہ معدہ مس (anaesthetic) دوا باعث مرض ہے، بالخصوص جب کہ وہ ایتھر ہو، کیونکہ اس معدہ مس کے ساتھ مریضوں کے ہوائنگل لینے کا امکان ہوتا ہے۔

اس کا آغاز عموماً نہایت ناگہانی ہوتا ہے۔ مریض کو قمعے ہوئے لگتی ہے جس کے ساتھ وہ بار بار ہرے بھورے یا رمادی سیال کی بڑی مقداریں باہر نکال دیتا ہے۔ پس کے ساتھ مددی تکلیف، درد، اور آلمیت ہوتی ہے۔ شکم عموماً اپنے بائیں اور زیریں حصوں میں بہت پھولا ہوا ہوتا ہے، لیکن شرا سیف نسبتاً چپٹا ہوتا ہے۔ صریح حرکت دودی بالکل استثنائی طور پر پائی جاتی ہے (سی۔) تھامپسن کی جمع کردہ چوالیس اصابتوں میں سے صرف ایک میں)۔ لیکن گنگ، توج، اور چھلکاؤ کی مختلف مقداریں حاصل ہوتی ہیں۔ مریض مہبوط ہو جاتا ہے، اسے پیاس لگتی ہے، پیشاب کی مقدار کم ہوتی ہے، اور قبض ہوتا ہے۔ یہ علامتیں چند روز تک قائم رہ سکتی ہیں۔

موت کے بعد مددہ بے انتہا متدد ہوتا ہے، اور نیچے عاز تک پہنچ کر اپنے اوپر خم کھاتا ہے اور اس کا ایک حصہ اثنا عشری کے طرف داییں لوٹتا ہے۔ بعض اوقات متدد کچھ دور اثنا عشری میں بھی پھیل جاتا ہے۔

بکس (Box) اور والیس (Wallace) کے مشاہدات سے ظاہر ہوتا ہے کہ اتساع جب ایک بار شروع ہو جاتا ہے تو متدد مددہ شکم میں گر جاتا ہے اور اثنا عشری میں ایک ثنیہ پیدا کر کے اس سے ایک تدد پیدا کر دیتا ہے، جس کی وجہ سے مددہ سے گیہوں کا خارج ہونا رک جاتا ہے اور اس طرح اتساع میں اور زیادتی ہو جاتی ہے۔ اور گیہیں جتنی زیادہ جمع ہوتی ہیں اتنے ہی زیادہ یقینی طور پر وہ خارج نہیں ہونے پاتیں۔

علاج۔ ایک نلی داخل کر کے مددہ سے کے مانیہ کو جو کہ بہت دباؤ کے تحت ہیں، نکال لینا چاہئے۔ مریض کو منہ کے بل لیٹنا چاہئے۔ اور بستر کی پائنتی کو اونچا اٹھا دینا چاہئے تاکہ کوئی ثنیات جو موجود ہوں سیدھے ہو جائیں۔

اشنا عشری۔ اس حالت میں ممکن ہے کہ اساریتی عروق کے ذریعہ سے مرشعی پیدا ہو کر خواہ اس کے ساتھ اشنا عشری صائی عوجہ کے قریب شیخ ہو یا نہ ہو، تدو پیدا ہو جاتا ہے۔ اشنا عشری کے اتساع کی ایک مزن حالت غالباً زیادہ شاذ نہیں، اداس کے ساتھ سمہ ہضم کے علامات، تمد و شکم اور صغراوی قے بھی ہوتی ہے، ۱۳۵۔

## التهاب معدہ

(INFLAMMATION OF THE STOMACH)

### حاد التهاب المعدہ

(acute gastritis)

اسباب۔ معدے کا حاد التهاب، یا حاد معدی نازلت مختلف اقسام کے خراش آندوں کے ذریعہ پیدا ہو سکتی ہے۔ معدی التهاب کی شدید ترین قسم قوی صفی ترشوں یا دوسرے آکالات سے قسم واقع ہونے کا نتیجہ ہوتی ہے۔ زیادہ عام اسباب میں ناقابل ہضم غذا، مثلاً جمید کا مچھلی، کیکرے یا کھیرے دار مچھلی، یا کچے مچھلی، یا ایسے گوشت، مچھلی چل، سبزی ترکاریوں یا دوسری غذائیں جو سڑنے لگی ہوں کا استعمال کرنے سے پیدا ہوتی ہیں (ملاحظہ ہو صفحہ 367)۔ چنانچہ یہ مرض گرمی کے موسم میں عام ہوتا ہے۔ شیر خوار بچے اکثر التهاب المعدہ میں مبتلا ہوتے ہیں، جس کے ساتھ التهاب المعادہ متلازم ہوتا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 365)۔ متعدد معدی آکالات، جیسا کہ معدی قرحہ کے عنوان کے تحت بیان کئے گئے ہیں، حاد التهاب المعدہ کی ایک قسم ہیں۔

مرضی تشریح۔ الیکس سینٹ مارٹن (Alexis St. Martin) کی مشہور اسابت میں یہ ثابت کیا گیا کہ غشائے مخاطی کی خراش کے بعد جلد ہی تغیرات نمودار ہو جاتی ہیں۔ سسغ دانے پیدا ہو جاتے ہیں، جو بعض اوقات ربی مواد سے بھر جاتے ہیں، یا سسغ چکیتیاں، یا قلعی پٹریاں، یا خراشید گیاں موجود ہوتی ہیں۔ معدی کس کا انفرادی کم مقدار میں ہوتا ہے اور مخاط آزادانہ خارج ہوتی ہے۔ بعض اوقات خفیف صرف ہو

واقع ہوتا ہے۔

علامات۔ اکال تسکیم سے جو علامات پیدا ہو جاتے ہیں وہ یہ ہیں :- شرا سیف میں ملو درد اور الیٹیت، خون اور مخاط کی تھیں اور ہبوط۔ بارہا اس کا نتیجہ موت ہوتا ہے۔ یہ اساتیں سمویات کی کتابوں میں بیان کی گئی ہیں۔

حاد التهاب المعده کی اس اسابت میں کہ جس سے زیادہ واسطہ پڑتا ہے، علامات ویسے ہی ہوتے ہیں جیسے کہ مادی سوء ہضم لے شیر خواروں کے صدی مصلیٰ التهاب کا بیان بعد میں درج ہوگا۔

یہ یاد رکھنا چاہئے کہ تپ حرقة، انفلوینزا اور التهاب زائدہ دوہرہ (appendicitis) جیسے امراض کا آغاز حاد التهاب المعده کی صورت اختیار کرتا ہے۔ علاج۔ کچھ عرصہ تک غذا بالکل روک دینی چاہئے۔ ازال بعد غذا اسی قسم کی دینی چاہئے جیسی کہ ہضمی قرحہ کے بیان میں مدج کی گئی ہے۔ درد کے لئے گرم ٹھیکیدات یا پولٹیس کام میں لائی جاسکتی ہیں، یا نہایت شدید اسابتوں میں مارشیا کا شراب کیا جاسکتا ہے۔ اس دوا سے بعض اوقات مسلسل تھیں میں افادہ ہو جائے گا۔ بمستہ اور ایک غوار جرمہ (ملاحظہ ہو صفحہ 337) یا آیوڈین کے صبیغہ کی ۲ یا ۳ بولیاں ایک چائے کے چمچہ بھر پانی میں ہر نصف گھنٹہ سے دینا بھی مفید ہے۔ ممکن ہے کہ حملہ کے شروع میں سیننی عمل (syphonage) کے فدیہ صمدے کو دھو ڈالنا اکثر مفید ثابت ہو۔

حاد تقيحي التهاب المعده (acute suppurative gastritis)

یا فلفمونی التهاب معدہ (phlegmonous gastritis)۔ صمدے کی دیواروں کا تقيح ایک نہایت شاذ واقعہ ہے، جو یا تو ایک محدود خراج کی شکل میں یا ایک ریمی درریشش کی صورت میں واقع ہوتا ہے۔ اس کے علامات عموماً حاد سموی تسد و (acute intestinal obstruction) کے علامات سے مشابہ ہوتے ہیں اور ساتھ ہی شرا سیف پر شدید درد ہوتا ہے (30)۔

## مزمن التهاب المعده

(chronic gastritis)

بوجہ اُن سرسبز تغیرات کے جو موت کے بعد معدے میں اُس کا بعد المات ہضم واقع ہو جانے کے باعث رونما ہو جاتے ہیں، یہ مرض انتہائی بحث و تحقیق کا موضوع رہا ہے۔ تاہم موت کے بعد فی الفور شکم کے اندر ان فی صدی فالٹین کا اشراب کر دینے سے عمدہ تثبیت حاصل ہو سکتی ہے۔ مزمن التهاب المعده دو طریقوں سے پیدا ہو جاتا ہے :- (۱) جوئے خون کے ذریعہ جسے اُن تہی یا ساری غلات سے جو پوری معدی سطح کو ماؤف کر دینے کا رجحان رکھتے ہیں۔ (۲) بلا واسطہ ایسے مضر غلات کا غشائے مخاطی پر اثر ہونے سے جو کہ معدہ کے درون میں موجود ہیں۔ یہ اولاً بوابی التهاب المعده (pyloric gastritis) پیدا کر دینے کا رجحان رکھتے ہیں (جس سے معدے کا بوابی حصہ ماؤف ہو جاتا ہے) کیونکہ معدے کے مافیہ دوسری کسی جگہ کے نسبت اسی حصہ زیادہ زور کے ساتھ دبائے جاتے ہیں (31)۔

ابتدائی درجوں میں ممکن ہے کہ ہڈروکلورک کا وافر افراز ہو، اور یہ افراز کھانا معدہ سے گزر جانے کے بعد بھی جاری رہے۔ بے ترشگی مزمن التهاب المعده کا آخری نتیجہ ہے۔ ”معدی بے کیلوسی“ (”achylia gastrica“) کی اصطلاح اس خیال سے رائج ہوئی تھی کہ بعض اشخاص بھرتی طور پر ہڈروکلورک ایسڈ (HCl) کا افراز پیدا نہیں کر سکتے اور کسری امتحانی غذا کے اعداد و شمار سے یہاں تک پتہ چلتا ہے کہ ممکن ہے کہ م فی صدی تندرست طلباء اس طرح ماؤف ہوں۔ لیکن یہ بعید الفہم معلوم ہوتا ہے کہ معدے کے اندر تندرست مغرز ترشہ خلیے موجود ہوں اور اُن کا کوئی فعل نہ ہو۔ مزید برآں اس وقت بھی جب کہ آزاد ہڈروکلورک ایسڈ (free HCl) غیر موجود ہوتا ہے پپسین (pepsin) اور کلورائیڈ کسی حد تک موجود پائے جاتے ہیں (ملاحظہ ہو شکل ۷ م) اور غالباً تھوڑا سا ہڈروکلورک ایسڈ (”active HCl“) بھی موجود ہوتا ہے۔ قطع نظر اس کے بعض امصابوں میں یہ بے ترشگی حد سے زائد اشاعہ شری باز روی کے سبب سے ہوتی ہے (14) یا ممکن ہے کہ افراز کو پیدا کرنے کے لئے ایک ایسی امتحانی غذا جو م فی صدی الکحل پر مشتمل ہو دینے کی

ضرورت ہو یا ہشامین (histamine) کے دواؤں کی گرام کا اشتراک کرنے کی ضرورت ہو۔ مستقل بے ترشگی یا بے کیلوسی کوئی فعلی حالت نہیں ہو سکتی۔ لہذا شدید عام دمویت یا سرطان، المعده کی غیر موجودگی میں اس حالت سے مزمن التهاب معدہ ظاہر ہوتا ہے۔ یہ ذیابیطس اور گریو کے مرض میں عام ہے۔

اسباب - مزمن التهاب معدہ کا ایک خاندانی میلان پایا جاتا ہے۔ بچوں میں حاد ساری امراض اور بالخصوص حاد معدی ہوی التهاب سے مزمن خون زاد التهاب پید ا ہو سکتا ہے۔ اور بالغوں میں یہ مختلف حاد معوی سرائیوں، مثلاً: جیسر، حیات معوی، التهاب زائدہ دودیہ، نیز، یوی مدن، گریو کے مرض، پلاگرا، رقیق نما التهاب مفاصل اور مغل کے تسمات الدم کا نتیجہ ہو سکتا ہے۔ التهاب المعده کی بوائی قسم ایسی غذا کا جو کہ ٹھیک طور پر تیار نہ کی گئی ہو، ادویہ اور خاص کر الکحل کا نتیجہ ہو سکتی ہے۔ یہ عاقلات پہلے تو مائیکروکلورک ایسڈ کے افزادات کی پیسج کرتے ہیں جو ممکن ہے کہ بہ افراط پیدا ہو جائیں۔ اور بعد میں صرف اسی وقت جب کہ التهاب معدہ سارے معدے میں پھیل جاتا ہے بے ترشگی پیدا ہو جاتی ہے۔ اعداد و شمار لے لحاظ سے پایا گیا ہے کہ بے ترشگی کی کثرت وقوع عمر کے ساتھ ساتھ بڑھتی جاتی ہے۔

مرضی تشتریح - خون زاد قسموں میں ابتدائی التهاب اپنی موجودگی مدور خلیوں کی درریش سے ظاہر کرتا ہے جو معدی غد کے درمیان واقع ہوتی ہے۔ کچھ عرصہ بعد غد مذبول ہو جاتے ہیں اور ان کی جگہ آریکی بافت پیدا ہو جاتی ہے یا بعض مقامات پر غد و ویری ہو جاتے ہیں۔ بعض اوقات معوی سرصلہ مع جام نما خلیہ اور بلکہ مع غد و لائبر کو (Lieberkuhn's glands) کے پیدا ہو جاتا ہے۔ جرابی التهاب المعده (follicular gastritis) میں مثیل لطف آساجرابات کی نکوین ہوتی ہے۔ ایسے ہی تغیرات بوابی قسم میں بھی واقع ہو سکتے ہیں، لیکن مزید برآں ممکن ہے کہ غشائے مخاطی کی سطح طرد و لائبر کو ایک باقاعدہ سدائیت ظاہر ہو اور اوپری تاؤکلات میمر جوتے ہیں۔

علامات - خون زاد قسم میں عام ترین علامات یہ ہیں: - رکیقت، قبض یا اہمال یا باری باری سے دونوں زخمی زبان، مذبول طلیوں یا تفریح کے ساتھ جیسی کہ متلف عدم دمویت میں پائی جاتی ہے، تکان، انخفاض بے خوابی اور شقیقت ممکن ہے کہ

سورہ ہضم کی علامتیں بالکل ہوں۔ معلوم ہوتا ہے کہ ان کی موجودگی کا انحصار التهاب کی خالیت پر ہوتا ہے۔ پاخانہ میں مخفی خون پایا جاتا ہے۔ اس کے برعکس بوابی التهاب المعدہ بالکل ایسے ہی علامات پیدا کر سکتا ہے جیسے کہ ایک مجاور البواب قرعہ (جو طاعن مو) کے ہوتے ہیں اور ساتھ ہی ہائڈروکلورک ایسڈ کا افراز معمول کے نسبت بہت زیادہ ہوتا ہے اور درد و کڑنگی بلکہ قے الدم موجود ہوتے ہیں۔ مزید برآں جب معدے کا بوابی حصہ ہضمی قرعہ کے باعث بذریعہ عملیہ دور کر دیا گیا ہو تو اس کا خرد بین سے امتحان کرنے پر پایا جائے گا کہ اکثر اوقات ایک بوابی التهاب المعدہ بلکہ التهاب اثنا عشری موجود ہے جو اس امر پر دلالت کرتا ہے کہ ہضمی قرعہ اکثر اوقات محض ایسی حالت کی ایک ترقی یافتہ شکل ہے۔ مزمن التهاب معدہ آخری درجوں میں جب کہ بے ترشگی پیدا ہو جاتی ہے، خرد غلوی عدم دمویت (ساوہ عدم حامضی عدم دمویت) متلف عدم دمویت اور ثلغ شوی کے تحت الحاد مجموعی انحطاط کے ساتھ متلازم پایا جاتا ہے۔ یہ سرطان معدہ کی استعداد پیدا کرتا ہے، لیکن یہاں جو وقت پیش آتی ہے وہ یہ ہے کہ بے ترشگی عورتوں میں نسبت زیادہ عام ہے، حالانکہ سرطان معدہ مردوں میں زیادہ عام ہے۔

تفصیل۔ بے ترشگی کی اہمیت پہلے بیان کی گئی ہے۔ وہ سورہ ہضم جو پیش افراز کے ساتھ متلازم ہو التهاب المعدہ سے، اور بالخصوص اس کی بوابی قسم سے منسوب کیا جاسکتا ہے، بشرطیکہ اس کے دوسرے اسباب مستثنیٰ کر دئے گئے ہوں۔

علاج۔ بے ترشگی کے لئے ایک ڈرام ہائڈروکلورک ایسڈ مرحق (acid hydrochlor. dil.) چار آؤنس پانی میں کمانے کے ساتھ دینا چاہئے۔ سورہ ہضم کے علاج پر پہلے غور کیا جا چکا ہے۔

## ہضمی قرعہ

(peptic ulcer)

معدہ او دنا عشری کا قرعہ

ترشہ معدی کس کے ساتھ عادتاً متناس ہونے والے معالطی اغشیہ پر تفریح و تفریح کا نہایت امکان ہوتا ہے۔ ایسے قروح کو یہ لحاظ ہولت ہضمی کہتے ہیں، اور ان کی کئی قسمیں ہوتی ہیں۔ حاد قرعہ (acute ulcer) جو نہایت عام طور پر متحد ہوتا ہے،



شکل میں غشائے مخاطی کے ایک چھوٹے سے اوپری تاویل سے لے کر ایک انچ قطر تک مختلف ہوتا ہے۔ مزمن قروح (chronic ulcers) عموماً منفرد ہوتے ہیں اور ان کی بہترین جماعت بندی ان کے محل وقوع کے لحاظ سے کی جاسکتی ہے۔ (۱) جسم معدہ میں عموماً انحنائے صغیر پُر اور اگلی سطح کے نسبت زیادہ تر پھیلی سطح پر۔ (۲) معدے کے بوابی حصے میں، عموماً انحنائے صغیر اور پھیلی سطح پر لیکن پھیلنے پر قطعاً بوابی سے ۱/۲ انچ دور رہتے ہیں اور اس سے زیادہ قریب نہیں جاتے۔ (۳) اثنا عشری کے پہلے حصے میں عموماً پیچھے کی طرف۔ اس سلسلہ میں یاد رکھنا چاہئے کہ اثنا عشری کے پہلے حصے کا فعل اس کے دوسرے حصوں کے فعل سے بالکل مختلف ہوتا ہے لیکن وہ معدے کے بوابی حصے سے زیادہ قریبی مشابہت رکھتا ہے۔ مثلاً ترششی کیسوس بواب کی راہ سے اثنا عشری کے پہلے حصے میں دھکیلی جاتی ہے، اور جب تک کہ حرکت دودھ کی دوسری موج کچھ اور کیوس آگے کے طرف نہ دھکیلیے جو اس کی جگہ لے وہ وہیں ٹھہری رہتی ہے۔ عین بوابی حلقہ پر واقع ہونے والے قروح چنداں عام نہیں۔ جسم معدہ میں کے قروح اکثر میز خصائص رکھتے ہیں، اور ان قروح اور بوابی قروح کو محض اس وجہ سے کہ یہ دونوں آفاق سے ایک ساتھ معدہ کے اندر واقع ہوئے ہیں، ”معدی قروح“ کے عنوان کے تحت ایک ساتھ گردہ بند کرنے سے بہت کچھ غلط سمجھ پیدا ہو گیا ہے حالانکہ بوابی قروح اثنا عشری کے قروح کے ساتھ نسبتاً زیادہ قریبی مشابہت رکھتے ہیں۔ بوابی اور اثنا عشری قروح پر 345 ایک ساتھ مجاور البواب قروح (juxta-pyloric) کی حیثیت سے غور کرنا چاہئے معدہ اور اثنا عشری دونوں کے قروح بیک وقت موجود ہو سکتے ہیں۔

اسباب۔ حاد، مضمی قروح بے قاعدہ طور پر جا بجا منتشر واقع ہوتے ہیں اور غالباً مرد و عورت دونوں جنسوں میں بالکل عام ہیں۔ لیکن وہ عورتوں میں نسبتاً زیادہ عام ہوتے ہیں اور بالخصوص جسم معدہ کو مآوٹ کرنے کا رجحان رکھتے ہیں۔ اس مقام کے بعض قروح مزمن ہو جاتے ہیں، اگرچہ ان میں سے بیشتر کافی سرعت کے ساتھ مندل ہو جاتے ہیں۔ تاہم ممکن ہے کہ بعد میں وہ پھر پیدا ہو جائیں اور پھر مندل ہو جائیں۔ اس عمل کا تسلسل، یعنی مآوٹ ناکس قروح، ریت گھڑی معدہ (hour-glass stomach) پیدا کر دینے کا رجحان رکھتا ہے، اس قسم کا معدہ مردوں کے نسبت

عورتوں میں بہت زیادہ عام ہے (32)۔ ہضمی تقرح عورتوں میں نہایت عام طور پر حیم معدہ کے اندر واقع ہوتا ہے، لیکن مردوں میں وہ نہایت عام طور پر مجاور البواب خطے میں ہو کر پاتا ہے اور اس قدر اچھی طرح منسلک نہیں ہوتا۔ اسی وجہ سے ہم پاتے ہیں کہ (۱) مزمن اثنا عشری قرحہ عورتوں کے نسبت مردوں میں چو گئے سے لے کر چھ گنا تک زیادہ عام ہوتا ہے، لیکن (۲) مزمن معدی قرحہ دونوں جنسوں میں تقریباً مساوی طور پر عام ہوتا ہے کیونکہ بوابی خطے میں مذکر تقرح کی کثرت وقوع سے جسم معدہ کی مونت کثرت وقوع کی تقریباً تعدیل ہو جاتی ہے اور (۳) قرحی ندبات زیادہ عام طور پر حیم معدہ میں ملتے ہیں (33)۔ حال میں یہ اوداء کیا گیا ہے کہ عورتوں میں اثنا عشری قرحہ معدی قرحہ کی بہ نسبت زیادہ عام ہے، لیکن یہ کہ التهاب مرارہ کے سلسلہ علامات سے اس کی مشابہت پائی جاتی ہے (29)۔ ہضمی قرحہ خاندانوں میں واقع ہونے کا رجحان رکھتا ہے۔ نہایت اتفاقی طور پر معدی قرحہ آشک کے سبب سے ہوتا ہے۔ بلاد و قحطی الدم جو نوجوان عورتوں میں اس قدر عام ہے اور جسے معدی نضیض (gastrostaxis) کہتے ہیں، حادثہ تقرح کے باعث ہوتی ہے۔ یہ ضررات اکثر اوقات اس قدر چھوٹے ہوتے ہیں کہ انہیں زنی - ناکلات کہتے ہیں اور اس قدر وسیع پھیلے ہوئے کہ ممکن ہے کہ غشائے مخاطی تقرح خون کا منظر پیش کرے۔ ایسی حالت میں مزمن التهاب المعدہ کا اشتداد ہو جاتا ہے۔ ہضمی قرحہ اور بوابی التهاب المعدہ کا تعلق بیان ہو چکا ہے۔ اثنا عشری قرحہ کا وقوع شیرخوار بچوں میں بھی بیان کیا گیا ہے۔

مرضی تشربح - حاد قرحہ - ابتدائی درجہ میں ممکن ہے کہ ایک اوپری تنخری ضرر موجود ہو جس کے حاشئے سرخ ہوں اور جو مخاطی طبقہ کی ایک خفیف سی اٹھی ہوئی اور دبیز چکیتی پر واقع ہو پھر اکتاف واقع ہو کر اس کے پیندے میں چھوٹے چھوٹے عروق منکشف ہو جاتے ہیں اور یہ پیندا اکثر متغیر خون کی ایک پتلی سیاہ پرت سے ڈھک جاتا ہے۔ جب اندام ہونا ہو تو اس پرت کے جدا ہو کر اتر جانے سے ایک صاف پیندا باقی رہ جاتا ہے۔ یہ قروح ایک سنبہ کی ہوئی شکل کے ہوتے ہیں۔ نسبت چھوٹے قروح بالکل اٹھلے ہوتے ہیں کیونکہ وہ صرف مخاطی طبقہ کو مآوف کرتے ہیں۔ نسبت بڑے قروح چھید کرتے ہوئے عضلی طبقہ میں پہنچ جاتے ہیں اور ان کی شکل

”نہایت فاعل ہوتی ہے کیونکہ قرعہ جوں جوں زیادہ زیادہ گہرائی تک چھید کر آتا ہے اسی قدر وہ زیادہ تنگ ہوتا جاتا ہے۔ مزمن قرعہ عموماً نسبت بہت بڑا ہوتا ہے اور ممکن ہے کہ اس کا قطرہ یا ۱۰ انچ تک پہنچ جائے۔ وہ دیوار معده میں گہرا پھیلتا ہے۔ الہتابی یعنی آسا ماوہ کی در ریزش ہونے کی وجہ سے اس کی کوریں دبیز اور ابھری ہوئی ہوتی ہیں اور متفرق سطح کے اوپر سایہ کئے ہوئے ہوتی ہیں۔ اور دباؤ متحرکے فاصلہ تک اس پائل کی غشائے مخاطی میں پھیل جاتی ہے۔ جب مزمن قرعہ فعال حالت میں ہوتا ہے تو اس کے پیندے میں اعشائی الہتابی ارتشاح کا ایک تنگ منطوقہ ہوتا ہے۔ جب وہ حالت اندامال میں ہوتا ہے تو عنایتہ علنہ ہو کر قرعہ کا پیندہ صاف ہو جاتا ہے اس کے ماسیہ نسبت زیادہ چمٹے ہو جاتے ہیں اور سرطہ اندر کے طرف بڑھ کر پیندے پر آ جاتا ہے۔ قرعہ تنغن میں غل اندامال ٹہرا ہوا رہتا ہے۔

جب یہ تفرق باریطون تک پہنچ جاتا ہے تو ممکن ہے کہ باریطون بھی شکر اشتباہ واقع ہو جائے۔ یہ اشتباہ معده اور اثنا عشری دونوں کی پھلی دیوار پر بہ نسبت اگلی دیوار کے زیادہ عام ہے۔ حشائی مافیہ کہفہ باریطونی میں داخل ہو جاتے ہیں اور شدید عام الہتباب باریطون یا ایک زیادہ محدود المقام بھوڑا پیدا کر دیتے ہیں اگر د معدی خراج perigastric abscess یا نرین ڈانفرامی پھوڑا subphrenic abscess (abscess: (ملاحظہ ہو صفحہ 416)۔ اب یہی بھوڑا ممکن ہے ڈانفرام کو چھید کر ذات الریہ ذات الجنب یا الہتباب تار مور پیدا کر دے یا ممکن ہے کہ یہ قولون یا اثنا عشری میں چھید کر دے یا پھر ممکن ہے کہ یہ عام کہفہ باریطونی میں بھوڑا پڑے۔ مزمن اشتباہ کی اصطلاح اس قرعہ کیلئے استعمال کی جاتی ہے جو ایک وقت میں تھوڑا تھوڑا کر کے معروراز تک کہفہ باریطونی کے اندر ٹپکا رہتا ہے اس سے انفصامات بن کر خاص کہفہ باریطونی کے ساتھ مواصلت منقطع کر دیتے ہیں۔ ممکن ہے کہ یہ انفصامات اس قدر کشیف ہوں کہ سرطان کا گمان پیدا کر دیں۔ معده اس قرعہ کی راہ سے ایک بڑے کہفہ سے مواصلت حاصل کر لیتا ہے جو معدے سے باہر ہوتا ہے اور بعض اوقات تاجہ صغیر کے ہیشہ حصے پر شامل ہوتا ہے۔ نسبت زیادہ اکثر یہ ہوتا ہے کہ الہتابی غل مصلی سطح تک پھیلتا ہے اور اس سے پہلے کہ اشتباہ واقع ہو سکے معدے کو متعلقہ اعضا میں سے کسی ایک کے ساتھ چپکا دیتا ہے۔ یہ عضو بیشتر

اوقات لبلبہ یا جگر کا بایاں لختہ ہوتا ہے، لیکن کبھی کبھی ڈانفرام طحال، قولون اگلی، شکم، بلکہ فوق الکوی کیسہ کے ساتھ بھی انضمام واقع ہو جاتا ہے۔ پھر تقرجی عمل اس کی جیسے ہوئے عضو کے اندر پھیل جاتا ہے اور اس طرح ممکن ہے کہ جگر اور لبلبہ کے اندر کھینچے بن جائیں۔ نہایت شاذ امواتوں میں قولون کے اندر یا جلد کے آر پار ناسور پیدا ہو سکتے ہیں۔ نرف ایک عام واقعہ ہے، جو بیشتر ان معدی عروق میں سے ہوتا ہے جو قرحہ کی دیوار میں ہوتے ہیں، لیکن بعض اوقات لبلبہ کے ساتھ انضمام ہونے اور اس کا تقرج واقع ہونے کے بعد طحالی شریان سے بھی نرف ہوتا ہے۔

لیکن بہت سے قرحے بالکل اچھے ہو جاتے ہیں، چنانچہ اکثر چھوٹے چھوٹے ندبات پائے جاتے ہیں۔ یہ اکثر مشکل سے نظر آتے ہیں اور بار بار امتحان بعد المات میں نظر انداز ہو جاتے ہیں۔ نسبت بڑے ندبات جو دبیز اور تھیری دار ہوتے ہیں، خود بھی یہ انتہا تکلیف کا باعث ہو سکتے ہیں۔ مثلاً بواب کے مقام پر یا اس کے قریب وہ اپنے انقباض سے ضیق اور اس کی وجہ سے اتساع معدہ کا پیدا کر سکتے ہیں۔ اگر وہ بوابی سر کے قریب ہوں تو ممکن ہے کہ معدہ منقبض ہو۔ بعض اوقات ایک مریت گھڑی انقباض قرحہ کی وجہ سے ہوتا ہے۔ گہرے معدی انضمامات بعض اوقات درد اور کھنچاؤٹ کے احساسات پیدا کر دیتے ہیں۔ سرطان کے ساتھ معدی قرحہ کے تعلق پر صفحہ 353 پر غور کیا گیا ہے۔

امراضیات - بولٹن (Bolton) نے ایک مخصوص معدہ سمی مصل تیار کر کے اور معدے کی باریطونی سطح کے نیچے اس کا شراب کر کے حیوانات میں تجربہ قرحہ پیدا کئے۔ شراب کا نتیجہ یہ ہوا کہ خلیات حیویت رلودہ ہو گئے اور معدے کے ہائڈروکلورک ایسڈ نے ان خلیات کے ہضم میں حصہ لیا، جس سے ایک حاد قرحہ بن گیا۔ جب معدی مافیہ کو قوی رکھا گیا تو قرحہ نہ بنا۔ انسان میں قدرتی طور پر واقع ہونے والے قرحہ کی توجیہ بھی اسی اصول کے مطابق کی جاسکتی ہے۔ ممکن ہے کہ ایسے کئی مختلف عاملات ہوں جو بولٹن کے معدہ سمی مصل کا عامل کرتے ہوں، مثلاً سدادیت جو کسی دوسرے مقام پر کے عفونی مرکز، مزمن طور پر ٹہبہ نامہ معدیہ یا مرارہ عفونی وانتوں یا وسیع اور صراحت زدہ احتراقات کی وجہ سے پیدا

الف - نیک زیریں رہے پرکا، طالع مریض میت پر اسے

ب - انخنا، صغیر پر معدی قرض جو کہ ایک طاقہ کے ذریعہ دکھایا گیا ہے کچھ مقابلی شمع  
موجود ہے۔ (شمع بجھاتیں مٹر لٹے لاک نے لی ہیں)

ہو جائے۔ یا چھوٹے عروق کی وریدی طعنت یا نزف، جو بعض اوقات بانی سد کی وجہ سے واقع ہو جاتا ہے۔ شاذ موقعوں پر ممکن ہے کہ معدہ براہ راست کسی چوٹ سے زخمی ہو جائے یا ایک اوپری بوابی التهاب المعدہ موجود ہو۔ ہائڈروکلورک ایسڈ اور پپسین پٹنخری بافت کو ہضم کر کے قرعہ پیدا کر دیتے ہیں۔ قروح بولکٹن جو تجربہ شدہ پیدا کئے گئے باسانی چند ہی ہفتوں میں اچھے ہو گئے۔ جب ان قروح کو جراثیمی کاشتوں سے سرایت زدہ بنانے کی کوشش کی گئی، یا جانور کو عذیم الدم بنانے کے لئے اس کا خون نکالا گیا، تو اندمال کی شرح میں بہت کم تبدیلی ہوئی۔ لیکن جب ان جانوروں (بلیوں) کو دودھ کے بجائے گوشت کی غذا دی گئی یا بواب کی کسی قدر مدد دی پیدا کی گئی، تاکہ معدہ خالی ہونے میں تاخیر ہو جائے تو اندمال واقع ہونے میں واضح طور پر تاخیر ہوئی۔ بندروں میں ہائڈروکلورک ایسڈ دینے سے اندمال میں کی قدر تاخیر ہو گئی، اور بواب کو جزو معدودہ کر دینے سے یہ تاخیر نمایاں طور پر زیادہ ہو گئی۔ اس میں شک نہیں کہ انسان میں بہت سے قروح کافی سرعت کے ساتھ اچھے ہو جاتے ہیں، لیکن ان کی کچھ تعداد ایسی ہے جو کہ قائم رہتی ہے اور بتدریج متغیر ہو کر مزمن قرعہ بن جاتی ہے جس کا دوا ممکن سبب ہو سکتے ہیں۔ (۱) ممکن ہے کہ ہائڈروکلورک ایسڈ اس تغیر کے پیدا کرنے میں حصہ لیتا ہو۔ لیکن مجازاً بواب قرعہ کی حالت میں معدی صامی تغویہ (gastro-jejunosomy) کا عملیہ معدی رس کے ہائڈروکلورک ایسڈ میں بہت کم تغیر پیدا کرتا ہے اور ان مشاہدات سے یہ ظاہر ہوتا ہے کہ یہ عامل کوئی بڑی اہمیت نہیں رکھتا (39) (۲) معدی دیوار کے تناؤ کی زیادتی بھی عام ہے جو در دیا تکلیف کے احاسات پیدا کر دیتی ہے اور یہ حرکات جو کہ غالباً عضلات عاصروہ کی مدد دی یا بالائی غذائی خطے کے مختلف حصوں کے سسجات یا مزمن اثنا عشری ایلاؤس (chronic duodenal ileus) (40) کے ساتھ متلازم ہوتی ہیں، ممکن ہے اسے بھی زیادہ اہم عامل ہوں، کیونکہ نسبتاً بلند درجہ کے دباؤ کے اندراجات حاصل ہوئے ہیں (7)۔ یہ ممکن ہے کہ ایک دائرہ خاصہ قائم ہو جائے، یعنی اولاً قرعہ بلند تناؤ پیدا کر دیتا ہے، اور وہ اس کے اندمال کو روکنے کا رجحان رکھتا ہے۔ ممکن ہے کہ ہائڈروکلورک ایسڈ اس طرح عمل کرتا ہو کہ وہ بواب کی مسکوس مدد دی پیدا کر کے اس طرح میکانیکی عامل کو زیادہ شدید کر دیتا ہو۔

بالآخر یہ حقیقت بیان کر دینا ضروری ہے کہ لو زٹین اور مختلف منبعوں سے پست قسمیت والے نجات سببیہ کی ایسی نہیں جدا کی گئی ہیں جن کے ویدی اثربات جانوروں میں ہضمی قرعہ پیدا کر دیتے ہیں اور انسان کے قروں میں بھی یہی دقیق مصنوعی و ستاتی طور پر موجود ہوتے ہیں چنانچہ معلوم ہوتا ہے کہ جس طرح تپ محرقہ کے عصیتے آنت پر حملہ آور ہوتے ہیں اسی طرح یہ بھی معدے اور اثنا عشری کے لئے ایک نوعی الف رکھتے ہیں۔ اس منظر کو انتحابی تخیز (elective localization) کہتے ہیں (41)۔

ہضمی قرعہ کے ساتھ التهاب زائدہ دود یہ اور التهاب مرارہ ہزماں طور پر موجود ہو سکتے ہیں (شکلی مثلث) اور تینوں اضرار سے ایک ہی نبقہ سببیہ تفریہ کیا گیا ہے 29۔

علامات - حاد قرحہ - متعدد اصابتوں میں پہلی دلالت قرعہ سے نزف ہونے کی وجہ سے ہوا کرتی ہے۔ معدی قرحہ کی اصابتوں میں اکثر اس سے قحط الدم یعنی خون کی قحط ہو جایا کرتی ہے اور ممکن ہے کہ خون خالص ہو یا معدی مافیہ کے ساتھ مخلوط ہو۔ مریض کو غشی سی محسوس ہوتی ہے، شرا سیف میں ضیق کا احساس ہوتا ہے، اور چند منٹ میں خون کی قحط ہو جاتی ہے جس کی مقدار ایک یا دو پینٹ تک ہو سکتی ہے۔ معدے کے اندر نکلے ہوئے خون میں سے کچھ آنت کے اندر پہنچتا ہے، اس کی ہیوگلوبین (haemoglobin) متغیر ہو کر ہیماٹین (haematin) اور ہیماٹوپورفارین (haematoporphyrin) بن جاتی ہے اور پھر جواجاتیں ہوتی ہیں وہ سیاہ، راب جیسی، یا مارکول جیسی ہوتی ہیں۔ اسی حالت کا نام براز دم الاسود (melena) ہے۔ ممکن ہے کہ ایسی اجابتیں قحط الدم کے موقوف ہو جانے کے چند گھنٹوں بعد ظاہر ہوں۔ خالص خون کی قحط آنا شاذ ہی ہلک ہوتا ہے۔ عموماً وہ بکلم موقوف ہو جاتی ہے اور ممکن ہے کہ گور نہ ہو۔ خون کے نقصان کی وجہ سے شدید درجہ کی عدم دمویت اور کمزوری ہو جاتی ہے۔ اثنا عشری قرحہ میں قحط الدم کا ہونا بھی ممکن ہے۔ لیکن رجحان یہ ہوتا ہے کہ خون کا بیشتر حصہ براہ معاشقہ براز دم الاسود کے طور پر خارج ہوتا ہے۔ نزف کے علاوہ ہضمی قرحہ سورہضم کے علامات پیدا کر سکتا ہے جن کا آغاز حاد ہوتا ہے۔ ان علامات کے ساتھ شاید معدی افراز کی اطلالت بھی ہو جاتی ہے، جیسا کہ پہلے بیان کیا گیا ہے (صفحہ 335 پر)۔ قرحہ کے

انشقاق سے شاذ ہی اس کی موجودگی کی پہلی دلالت حاصل ہوتی ہے۔

جسم محلہ کے مضمون قرحہ کا ممیز خاصہ درجہ ہے جو غضروف خفجی کے عین نیچے شرا سیف میں گہرائی پر محسوس ہوتا ہے، یا بعض اوقات ناف سے زیادہ قریب یا خط درمیانی سے دائیں جانب کو یا بائیں جانب کو، اور بائیں کے نسبت دائیں جانب کو زیادہ کثرت سے۔ یہ ادخال غذا سے پیدا ہو جاتا ہے، اور کھانے کے نصف گھنٹے بعد سے لے کر دو گھنٹے بعد تک شروع ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ یہ قے ہونے تک شدت کے ساتھ جاری رہے اور قے سے اس میں عموماً تخفیف ہو جاتی ہے، یا اس وقت جب کہ غذا معدے کو چھوڑ کر آگے جاتی ہے اس میں اتفاق ہو جاتا ہے۔ درد کی نوعیت ناخسریہ ناقب یا سوزشی ہوتی ہے اور یہ کسی دوسرے معدی عارضہ کے نسبت اس مرض میں زیادہ شدید نوعیت کا ہوتا ہے۔ بعض اوقات پشت میں آنکھوں جھری اور دوسرے قطنی فقرات کے درمیان بلکہ پیشانی پر بھی درد ہوتا ہے۔ درد کے ساتھ ہی اور اکثر اوقات درد کے رفع ہو جانے کے بعد بھی کچھ تھوڑے عرصہ تک جلدی بیش حسیت دیکھی جاتی ہے، یا اگر طبلہ میں ہلکی سی چٹکی بھری جائے تو تکلیف معلوم ہوتی ہے۔ سوزش سینہ (ملاحظہ ہو صفحہ 336) کسیدہ رعام ہوتی ہے، لیکن گرسنگی کے در و صرف ایک چوتھائی اماتوں میں ملتے ہیں۔ مگر معدے کے بالکل خالی ہو جانے میں اکثر تاخیر ہوتی ہے، اگر یہ ابتداءً جلدی معدے سے باہر چل جاتی ہے (33) - ہائڈروکلورک ایسڈ کا انسداد طبی یا جاتا ہے (39)۔

مزمن بجا اور البواب قرحہ۔ درد کی نوعیت ویسی ہی ہوتی ہے جیسی کہ پہلے بیان کی گئی ہے۔ لیکن بعض اوقات در و ناف کے دائیں جانب محسوس ہوتا ہے اور وہ غذا کے دو تین یا چار گھنٹے بعد شروع ہوتا ہے، یا مریض کو علی الصبح جگا دیتا ہے۔ یہ درد کچھ غذا لینے سے کم ہو جاتا ہے، اس واسطے اس کو دس دگر سسنگی کہتے ہیں۔ اس مرض کی اماتیں دو قسموں کی ہوتی ہیں: - (۱) جب کہ بواب آزادانہ طور پر کھلتا ہے اور معدہ جلد ہی غذا کو خارج کر کے خالی ہو جاتا ہے۔ سکونی رس کی نمایاں بیش تر شکی ہوتی ہے، جو شاید اثنا عشری قرحہ کی حالت میں نمایاں ترین ہوتی ہے، اور معدہ خالی ہو جانے کے بعد نہایت تیز تر شکی رس کا افراز طویل عرصہ تک ہوتا رہتا ہے۔ (۲) جب کہ بواب



ابتداء تو آزادانہ طور پر کھلتا ہے لیکن بعد میں اس کا شنج ہو جاتا ہے۔ یہ بوابی ضیق کا ابتدائی درجہ ہے۔ معدی کس کا ہالڈ روکلو رک آئینہ ایک جڑ صاف ہوا منحنی ظاہر کرتا ہے، اور اس کے ساتھ بھی لیل عرصہ تک افزا اور بیش تر شنگی پائے جاتے ہیں۔ لیکن معدے کے خالی ہونے میں دیر ہو جاتی ہے، اور قے کا ہونا عام ہے۔ جب کوئی بڑی شریان متاثر ہو گئی ہو تو ممکن ہے کہ زف شدید ہو یا ہلک ہو جائے۔ اس حالت میں قے کئے ہوئے خون میں اس کی شریان کی چمک باقی رہتی ہے۔ ممکن ہے کہ علامات میں تخفیف ہو جائے لیکن سرگتست اس قدر طولانی نہیں ہوتی جس قدر کہ جسم معدہ کے قرعہ میں، کیونکہ آغنا پذیر بوابی ضیق کی وجہ سے علامات عموماً شدید تر ہو جاتے ہیں اور اساسی علاج کی زیادہ ضرورت ہوتی ہے۔

مزمن ہضمی قرعہ میں دوسرے وہ علامات بھی جو مزمن سوہنم کے تحت بیان کئے گئے ہیں [ جیسے کہ زحیم (flatulence) اور تمد (distension) ] عموماً موجود ہوتے ہیں۔ مسلسل درد قے کی وجہ سے غذا کا مثل ناقص ہونا اور نقصان خون قد قی طور پر جلد یا دیر سے مریض کی عام حالت کو کمزور کر دیتے اور عدم دمویت پیدا کر دیتے ہیں۔ لیکن بخار نہیں ہوتا، زبان صاف ہوتی ہے، اور بھوک اکثر نہایت اچھی ہوتی اور متلی غیر موجود ہوتی ہے۔ تاہم قبض اکثر ہوا کرتا ہے۔ امتحان شکم سے عموماً کچھ ظاہر نہیں ہوتا۔ ممکن ہے کہ شکم کی دیواروں کی کچھ سختی موجود ہو یا وہ تنی ہوئی ہوں۔ صرف ایسے پرانے قرحوں میں جن میں دبا زت زیادہ ہو گئی ہو یا دوسرے اعضا کے ساتھ انضمام ہو گیا ہو، سلحہ ایسی کوئی چیز محسوس ہو سکتی ہے۔ اور اگر بوابی ضیق پیدا ہو جائے تو ممکن ہے کہ تشع معدہ شناخت کیا جاسکے (ملاحظہ ہو صفحہ ۲۶) اور مری حرکت دودیر

348

موجود ہو۔  
**تشخیص**۔ قے الدم کے مریض میں جہاں زف ہی واحد علامت ہو، ساری مہارو الیٰ حاد قرعہ کی تشخیص قائم کرنے سے پہلے کہبت جبگر (cirrhosis of the liver) اور طحالی عدم دمویت (splenic anemia) کا خیال ضرور کر لینا چاہئے۔ قے الدم کو نفث الدم کے ساتھ یا تکبیر کے بعد واقع ہونے والی خون کی قے کے ساتھ خلط ملط نہیں کر دینا چاہئے۔ مزمن ہضمی قرعہ کے ساتھ جن شکایتوں کے خلط ملط ہو جانے کا

امکان ہو کر تا ہے وہ یہ ہیں۔ سو، ہضم کے مختلف اقسام جو پہلے بیان کئے گئے ہیں، سرطان اور مزمن التهاب زائدہ دود یہ (زائدی سوہضم: appendix dyspepsia) یا وہ سوہضم جو حصوات صفراویہ (gall stones) کے ساتھ متلازم ہوتا ہے۔

ایک ایسی امتحانی غذا اسے جو ”آزاد“ یا ”خال“ انڈر وکلو ریک ایڈ کا بلند ارتکاز ظاہر کرنے، مجاور البواب قرحہ کی تائید ہوتی ہے۔ اس غذا میں خون کی نہایت خفیف سی مقدار کی موجودگی نہایت معنی خیز ہے، گو کہ ممکن ہے کہ وہ غشائے مخاطی کی خفیف سی اس ضرب سے پیدا ہو گئی ہو جو غلی سے واقع ہو جاتی ہے۔ لیکن پانخانوں میں مخفی خون کی اور برازی خلاصہ میں ہیما ٹوپور فرین کے طیف کی موجودگی معدی یا اثنا عشری قرحہ کی تائید میں ایک قیمتی شہادت ہے۔

مزمن معدی قرحہ کی تائید میں سب سے زیادہ قیمتی شہادت غیر شفاف غذا کھانے کے بعد لاشاعوں کے فدیہ سے حاصل ہوتی ہے۔ انخلاء صغیر کے قریب معدے کی کور پر ایک چھوٹا ابھار ایک قیف یا تھیلی کی شکل میں نکلا ہوا نظر آتا ہے (جسے طاقچہ یا عطفہ کہتے ہیں) (ملاحظہ ہو صفحہ ۲۳ ب)۔ اس ابھار کا انحصار قرحی کہنے کے اندر معدی باقیہ کی موجودگی پر ہوتا ہے۔ اور اگر عمل اندمال میں وہ کہنے مٹ رہا ہے تو یہ ابھار نہیں نظر آئے گا۔ معدے کی پچھلی سطح پر کا قرحی کہنے اس وقت نظر نہیں آئے گا جب کہ معدہ بھرا ہوا ہو۔ اصلی تشخیص کے لئے یہ ضروری ہے کہ جب مریض پہلا نوالہ کھائے تو دیوار شکم کو ہاتھ سے اس طرح ہلادیا جائے کہ کھایا ہوا غیر شفاف مادہ دیوار معدہ پر پھیل جائے۔ اس میں کچھ مادہ قرحی کہنے میں چپک کر اس کو نمایاں کر دے گا۔ سب میں نہیں مگر بعض اصابتوں میں یہ ابھار انخلاء کبیر کے ایک گہرے دندانے یا کٹاؤ یا ثلثہ کے ساتھ متلازم ہوتا ہے، جو اسی لیول پر یا اس سے کسی قدر اوپر یا نیچے ہوتا ہے، اور شیع کے باعث پیدا ہو جاتا ہے، اور ممکن ہے کہ محدود المقام دردناک نقاط بھی ہوں۔ ممکن ہے کہ بلا ابھار کے یہ دندانہ ہنہامی نظر آئے اور اس کا محل وقوع متقل رہے جب کہ علامات پر سے یہ نتیجہ نکالا جائے گا کہ قرحہ مندل ہو گیا ہے۔ ایسی حالت میں ممکن ہے کہ یعنی بافت کے جاد کی وجہ سے یہ تشوہ متقل ہو جائے اور ایک نڈی مریت گھڑی محلہ پیدا ہو جائے۔ یہ دندانہ اثنا عشری قرحہ یا التهاب زائدہ دود یہ کی حالت میں بھی واقع ہو سکتا ہے، لہذا

ہذاں خود صدی قمرہ کا شخص نہیں۔ یہ دیکھنا بھی اہم ہے کہ معدے کے خالی ہونے میں کس وقت لگتا ہے، تاکہ بوابی شیخ اور اسی طرح مذہبی بوابی ضیق کا پتہ لگ جائے۔ ثبت تھاں و از دین سے یہ اشارہ ہو گا کہ معدی قمرہ آتشکی سہنہ، چنانچہ دوسرے مناسب طبی علاج کے علاوہ دفع آتشک تدابیر اختیار کرنا چاہئے (38)۔

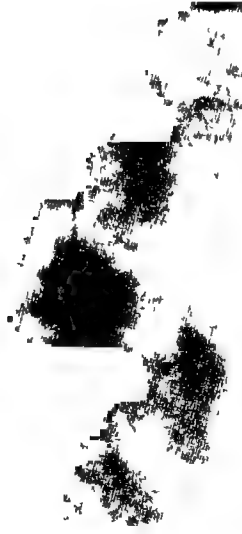
مزمین اثنا عشری قمرہ کی تشخیص اثنا عشری کلاہ کے لاشاعی منظر سے کی جاسکتی ہے۔ اگر غیر شفاف غذا کے ساتھ سوڈیم بائی کاربونیٹ دے دیا جائے تو یہ کلاہ بہتر بن دیکھائی دیتی ہے۔ اس قمرہ کی شکلیں نہایت تغیر پذیر ہوتی ہیں، کیونکہ ان کا انحصار کچھ تو قری کہف پر ہوتا ہے اور کچھ عضلی طبقہ کے شیخ پر (ملاحظہ ہو صفحات ۲۴ اور ۲۵)۔

اثنا عشری کے عطفاں لاشاعوں سے نظر آتے ہیں اور نسبت عام ہیں۔ قمرہ سے ان کو تمیز نہیں کیا جاسکتا اور بلاشبہ بعض اصابتوں میں وہ مندل شدہ قمرات ہی ہوتے ہیں۔ تاہم علامات اکثر اوقات قمرہ کے علامات سے ملتے جلتے ہیں۔ پاکڈٹ، بالعموم ایک انگلی کی نوک کی جسامت رکھتا ہے اور حصہ اول اور حصہ دوم کے اتصال پر واقع ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ وہ حصہ دوم اور حصہ سوم میں اور معاریں واقع ہو، لیکن یہاں اس کا علامات پیدا کرنا اس قدر عام نہیں ہے۔ مرارہ کے ساتھ انضمام ہونا اور حصہ دوم اور حصہ سوم کے اتصال پر مروڑ پڑنا، عطفاں سے ملتے جلتے مناظر پیدا کرتا ہے (34)۔

انذار۔ مزمین معدی قمرہ کی ۱۵۰ اصابتوں اور مزمین اثنا عشری قمرہ کی ۲۰۰ اصابتوں پر ایک ساتھ غور کر کے ان کے سبب موت کا تجزیہ کیا گیا تو ظاہر ہوا کہ ۱۵ فی صدی میں موت کا سبب انتحاب ہے جو معدی قمرہ کے نسبت اثنا عشری قمرہ کی حالت میں زیادہ عام تھا۔ ۹ فی صدی میں نزف، ۵ فی صدی میں طویل تدو کے اثرات، سرطان وغیرہ، ۷ فی صدی میں عملیہ کے نتائج، بالخصوص ریوی پیچیدگیاں سبب موت ہیں اور ۱۰ فی صدی میں موت کے سبب کا قمرہ سے کوئی تعلق نہیں (37)۔ حاد قمرہ میں نزف اگرچہ عام ہے لیکن وہ شاذ ہی ہلک ہوتا ہے اور انتحاب بھی شاذ ہے۔ مزمین قمرہ میں نزف ہلک ہو سکتا ہے اور انتحاب کا ہونا غیر معمولی نہیں لیکن ان پیچیدگیوں سے پہلے تقریباً ہمیشہ شدید درد ہوتے ہیں

ایک شعاع مجاشست جو کہ ترقی کی دھند سے نہایت ہی چھوٹی مشوارشاعشری کلاہٹا کر کرتی ہے۔ اتنا عشری اور صاف کی گئی دیاں اپنے کنگرو دار کنگرو کے ذریعہ نظر آتی ہیں۔ گول اتنا ایک سایہ جی رہی، ایک حرکت دودی موج ہے مہمہ کا رواجی حصہ ظاہر کرتا ہے۔ (اس سٹریٹو کو نوٹ سے لاک کے لئے جو ہے محفوظ ہے)

ایک شعاع مجاشست جو کہ ایک طبعی اتنا عشری کلاہٹا کر کرتی ہے۔ کلاہٹا میں مثلث ہے اور، ایک عرصہ کو بولی حصہ مہمہ ایک حرکت دودی موج کے ذریعہ نظر آتی ہے۔ کلاہٹا کلاہٹا دیاں کنگرو دار نظر آتے ہیں جو کہ اتنا عشری سے دو سرے حصہ کی دیاں ہمارے دیاں ہیں۔



ایک شماع نکاشتہ جو کہ انا مشرقی قریب لایا گیا ہے۔ شناع مشرقی قریب لایا گیا ہے۔  
 جس کے ساتھ شماع اور شاید انداز بھی موجود ہے۔ صمد و کلاو ابھی صمد بھی لایا گیا ہے۔ (سرطان و کلاو لایا گیا ہے)  
 لئے نوٹے صفحہ ۲۵ سے

ایک حرکت دوی موی صمد و کلاو ابھی صمد بھی لایا گیا ہے۔  
 جس کے ساتھ شماع اور شاید انداز بھی موجود ہے۔ صمد و کلاو ابھی صمد بھی لایا گیا ہے۔ (سرطان و کلاو لایا گیا ہے)  
 لئے نوٹے صفحہ ۲۵ سے

جو کچھ مدت تک رہتے ہیں۔ یہ اس امر کی دلالت ہے کہ موثر علاج ضروری ہے۔ درد کی عدم موجودگی اس امر پر دلالت کرتی ہے کہ قرعہ مندل ہو۔ اسے اور ایسی صورتوں میں یہ پیچیدگیاں پیدا ہونے کا احتمال کم ہوتا ہے۔ ایسے حالات کے تحت جن سے علامات اور بالخصوص درد کے زائل ہونے میں مدد پہنچتی ہو، بڑی سے بڑی جسامت کے مزمن قروح کا اندازہ لگایا جاتا ہے، اگرچہ یہ ممکن ہے کہ اس عمل میں ہسینوں لگ جائیں۔

علاج۔ مقاصد علاج میں سے اہم ترین یہ ہے کہ معدے کو حتی الامکان آرام دیا جائے۔ مریض کو چاہئے کہ بستر پر لیٹ جائے، تمباکو نہ پیئے، اور چند ہفتوں بعد تک ورزش بھی صرف تھوڑی ہی کرے۔ معدے کو ”آرام دینے“ کی کوشش کا قدیم طریقہ جس میں مریض کو گٹا تار ہفتوں تک منہ کی راہ سے کوئی غذا لینے کی اجازت نہ دی جاتی بلکہ اس کے بجائے براہ معارف متقیم غذا پہنچائی جاتی، اب ترک کر دیا گیا ہے۔ خالی معدے کے مشہور انقباضات گرسنگی سے ظاہر ہوتا ہے کہ وہ علاج ایک مغالطہ پر مبنی تھا۔ معدے کو آرام دینے کا بہترین طریقہ یہ ہے کہ غذا ایک وقت میں تھوڑی لی جائے اور کثرت وقوع و تقفوں کے ساتھ لی جائے۔

دن کے وقت مریض کو ہر گھنٹے یا دو دو گھنٹے کے فاصلوں سے غذا دی جاتی ہے، لیکن شب میں کامل آرام دیا جاتا ہے۔ غذا کی خاص چیز دودھ ہوگی، اور اس کے ساتھ کچے انڈے بھی ملائے جاسکتے ہیں، بشرطیکہ مریض انہیں برداشت کر سکے۔ رائب (jacket) اور بالائی، ازاروٹ، کسٹرڈ، آلو، یا آرٹی چوک پوری (Artichoke puree) غذائے بنجر (Benger's food) مسخ منقہ کی جیلی اور تازہ پھل کا رس بھی علاج کی ابتداء ہی سے دے سکتے ہیں۔ کچھ عرصہ بعد مکی چائے، پتلی روٹی (bread) اور مکہ اور ٹوسٹ، پیسی ہوئی مچھلی، چوزے کا قیمہ، اور گوشت کا قیمہ بھی شامل کیا جاسکتا ہے۔ خاص کھانے سے پہلے رومن زیتون کا آدھا اونس دیدیا جائے۔ الکحل اور تمباکو نوشی کی اجازت نہ دی جائے۔ مریض کوئی وقت بھی بھوک نہ لگنے پائے۔ مشاغل کو جاگ اٹھنے پر ایک بار زائد غذا کی ضرورت ہونا ممکن ہے۔ دودھ استواری یا خانوں کے مٹھی خون اور قرص کی لاشعاعی شہادت کے جلتے رہنے لگے

چودہ روز تک بستہ میں لٹا کر علاج جاری رکھنا چاہئے۔

بعضی قرحہ کے علاج میں قلوبیات (بالخصوص سوڈیم بائی کاربونیٹ) بہت مستعمل ہیں اور طریقہ سیپی (Sippy's method) میں متواتر مقدار میں دیکر معدی مانیہ کو ہمیشہ قلوبی رنگھنے کی کوشش کی جاتی ہے۔ حقیقت یہ ہے کہ بعض اصابتوں میں اتنی قلوبی دی گئی ہے کہ جو التهاب گردہ اور بول دمویت پیدا کرنے کے لئے کافی ثابت ہوئی (42)۔ اس امر کے متعلق کہ آیا معدی رس کا ترشہ فی الحقیقت مزمن قرحہ کو تازہ رکھنے کا سبب ہو سکتا ہے پہلے ہی شبہ ظاہر کیا گیا ہے۔ بہر صورت زیادہ معقول طریقہ یہی ہوگا کہ چربی بالائی یا روغن زیتون وغیرہ کی صورت میں دس کریش ترشگی کا رد عمل کروایا جائے۔ راقم الحروف کا طریقہ صرف دو سفوف استعمال کرنے کا ہے، یعنی پری پیروچاک (prepared chalk) اور ایک آمیزہ میگنیشیم کاربونیٹ (magnesium carbonate) اور پری پیروچاک کا۔ ان دونوں میں سے کسی کا ایک ٹی سپون فل پانی یا دو سو میں ہر کھانے کے بعد اور اس سے دو گنی مقدار تب میں سب سے آخری چیز کے طور پر لینا چاہئے۔ دوسرے سفوف کا استعمال زیادہ بار کر کے امعاء کے فعل کو باقاعدہ بنا لیا جاتا ہے۔ ان ادویہ کا مفید عمل درد اور ساتھ ہی سوزش سینہ میں تخفیف پیدا ہو جانے سے ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ یہ تخفیف اس وجہ سے ہو کہ کاربن ڈائی آکسائیڈ ( $CO_2$ ) آزاد ہو جاتا ہے۔ اور جب کم ترشگی موجود ہو تو ساتھ ہی قدرے سائٹرک ایسڈ (citric acid) تجویز کر دینے سے نہایت کامیاب نتائج حاصل ہو سکتے ہیں (ملاحظہ ہو صفحہ 338)۔ ہمارا مقصد یہ ہوتا چاہئے کہ مریض کو طویل عرصہ تک درد اور تکلیف سے بچایا جائے، اور اس طرح قرحہ بھی بدیہج مندل ہو جائے گا۔ درد کے علاج کے لئے دوسری دوائیں یہ ہیں: ٹینچر بیلادونا۔۔۔ قطرے اور ایٹروپین کے اثرا بات بقدر بیہ گریں، افیمون، تقوڑی مقداروں میں، خلاصہ یا بسغیہ کی شکل میں، یا لائیکرومافینی ہائڈروکلورائیڈ (liquor morphinae hydrochloridi)۔ یا ۱۰ قطرے کی مقداروں میں۔ شدید اصابتوں میں تحت الجبدی اشراب استعمال کیا جاسکتا ہے، گرجوں ہی کہ اتفاقاً حاصل ہو جائے علاج بذریعہ افیمون کو موقوف کر دینا چاہئے۔ شرایف پر مقامی لاسعات کا استعمال کر سکتے ہیں (ملاحظہ ہو صفحہ 338)۔ ممکن ہے کہ ان اصابتوں میں جن میں مذکور بالا طبی علاج سے

درد اور تکلیف جلد دفع نہ ہو جائیں، ایک اثنا عشری انبوبہ کے ذریعہ سے غذا پہنچانا پڑے۔ یہ انبوبہ ایک وقت میں ایک ہفتہ کے لئے اسی وضع میں رکھا جاتا ہے اور یہ بالخصوص مزمن معدی قرحہ کی حالت میں قابل استعمال ہے۔

350

اگر بکثرت نرف واقع ہو تو مریض کو مارفیا کے زیر اثر آرام کی حالت میں رکھنا چاہئے، اور کیلسیم کلورائیڈ (calcium chloride) ایک گرمین ۱۰۰ قطبے پانی کے اندر کادروں عضلی اشراب کیا جاسکتا ہے (نیز ملاحظہ ہو صفحہ ۱۷۵)۔ ایک معدی انبوبہ داخل کر کے مافیہ معدہ کو سینوران کے آلہ تفریح (Senoran's evacuator) سے خارج کر کے معدے کو یا تو برف جیسے ٹھنڈے پانی سے یا ۱۲ درجہ فارن ہائٹ دہلے پانی سے دھو ڈالنا چاہئے تاکہ وہ متہیج ہو کر منقبض ہو جائے۔ آئڈی نالین (۱۰۰۰ امیں والے محلول کے ۲۰ تا ۳۰ قطرے) معدے کے اندر رہنے دینا چاہئے۔ نرف موقوف ہو جانے کے بعد چوبیس گھنٹے تک کوئی غذا نہیں کھانی چاہئے، مگر پانی پیا جاسکتا ہے جس کی مقدار ایک وقت میں ۵ اونس سے زائد نہ ہو۔ شریف کے مقام پر برف لگانا چاہئے۔ جب موت کا خطرہ ہو تو نقل الدم عمل میں لاسکتے ہیں۔ یہ نرف کو جاری رکھنے کا رجحان نہیں رکھتا، جیسا کہ خون کا دباؤ بڑھ جانے کی وجہ سے ممکن الوقوع خیال کیا جاسکتا ہے۔ مزمن قرحہ سے نرف روکنے کے لئے جراحی تراسیر (مثلاً دوائی عرق کو گرہ لگا کر باندھ دینا) بھی کامیاب ثابت ہوئی ہیں۔

اگر ایک ایسے مریض پر جس کا معدی قرحہ میں مبتلا ہوا معلوم ہو، اشتاب کے علامات (ملاحظہ ہو التهاب باریطون) کا حملہ ہو جائے تو جس قدر جلد ممکن ہو، یعنی پانچ یا چھ گھنٹے کے اندر شکم کو کھول کر کھف باریطونی کو دھو ڈالنا اور قرحہ کو ٹانگے لگا کر سی دینا چاہئے۔

پرانے تقرح میں جس کے ساتھ درد اور تھمے، یا شدید نزفات بار بار واقع ہوتے رہتے ہیں، یا قرحہ کے آس پاس بہت و بازت ہو گئی ہو، قدتی طور پر جراحی عملیہ کے متعلق غور کیا جائے گا۔ یہ ان اصابتوں میں نہایت کامیاب ثابت ہوا ہے جن میں قرحہ کے ساتھ بواب کا منیق یا ندبی ریت گھڑی مسدود ہو۔ مزمن معدی قرحہ کے لئے ذیل کے جراحی عملیہ کئے جاتے ہیں، — معدی مساحی تنویہ



(gastro-jejunostomy) بعض اوقات استیصالِ قرحہ کے ساتھ، یا کجواۃ کے ذریعہ اس کے آلف یا صائمی تغویہ (jejunostomy) کے ساتھ معدی صمدی تغویہ (gastro-gastrostomy) جزئی صمدہ برآری (partial gastrectomy) (یعنی صمدے کے بوابی صمد کا استیصال) اور صمدہ کا وسطی "آستین نما" جزئی استیصال "sleeve"۔ (resection) یزمن اثنا عشری قرحہ کے لئے یہ اعمال جراحی کئے جاتے ہیں:۔ قرحہ کا استیصال، معدی اثنا عشری بوابی ترقیع (gastro-duodeno-pyloro-plasty) اور صمدی صائمی تغویہ (gastro-jejunostomy)۔

تقریباً جب کوئی قرحہ مندل ہو گیا ہو تو اس امر کی احتیاط رکھنی چاہئے کہ اس کا نگہ نہ ہونے پائے، جو آسانی واقع ہو جاتا ہے۔ دانتوں، لوزتین، زائندہ دودھیہ، مرارہ وغیرہ میں کے عفونی مرکزوں کا تدارک کرنا چاہئے، اگر ضرورت ہو تو علیہ کے ذریعہ سے کھانا زود ہضم ہونا چاہئے اور منظم و قفول کے ساتھ کئی بار کر کے لینا چاہئے، اور غذا کے ان قواعد پر عمل پیرا ہونا چاہئے جو صفحات 337 اور 349 پر درج ہیں۔ الکحل سے پرہیز ہی بہتر ہے، اگرچہ شاید ہلکی انگوری شراب اور نہایت کم طاقت والی و سکی گھٹا کے وقت دے سکتے ہیں۔ مریض کو چاہئے کہ آہستہ آہستہ کھائے اور خوب چبا کر کھائے اور تمباکو نوشی کم کرے۔ دانتوں کی خبر گیری ضروری ہے۔ مریض کو آمادہ رہنا چاہئے کہ درد کا حملہ ہونے پر ایسی غذا لے کر کہ جس میں زیادہ تر دودھ ہو لیٹ جائے اور کھانے سے پہلے روغن زیتون لیا جاسکتا ہے۔

معدی صائمی تغویہ کے عواقب۔ اعداد و شمار ظاہر کرتے ہیں کہ معدی صائمی تغویہ کے علیہ کے بعد شغایا ہی ہونا ہرگز ضروری نہیں۔ گائی (Guy) کے ہسپتال میں ۱۹۱۵ء اور ۱۹۱۶ء کے درمیان ۱۰۸ علیہ کردہ اصابتوں میں سے ۶۵ فی صدی مریض سات برس بعد شغایا یا نسبت بہت بہتر حالت میں پائے گئے، اگر ۲۵ فی صدی مریضوں کی حالت غیر تشفی بخش تھی۔ بہترین نتائج بوابی صیق میں پائے گئے (43)۔ اکاؤنٹ مریضوں کے ایک گروہ میں جنہیں معدی صائمی تغویہ کے بعد علامات کی شکایت تھی، امتحان سے مختلف حالتیں ظاہر ہوئیں:۔ معدی صائمی یا صائمی قرحہ (۲۰)، معدہ میں تاخیر (۱۸)، متوالی اثنا عشری قرحہ (۱۰)، صفراء کی باز روی (۸)، علیہ کی وجہ سے صمد ہضم

(۲۴) وغیرہ۔ علامات ذیل کی شکایت پائی گئی:۔ درد (۵۰) ریکٹ (۴۰) قے (۴۰) کمزوری (۳۸) قبض (۳۸) اسہال (۲۲) اور در دہائے سر (۲۲)۔ ممکن ہے کہ مریضوں میں شکر بولیت پائی جائے اور شحم کے تمثیل کی قلت ہو (۴۵)۔

معدی صائغی اور صائغی قرح (gastro-duodenal & duodenal ulcers)۔

ulcers)۔ معدی صائغی قرح صین مقام نفوذی واقع ہوتا ہے اور بیشتر اصابتوں میں وہ کسی غیر جذب پذیر مہینے کے ٹانگے کے استعمال سے یا معمولی سلو سے یا دورانِ علیہ میں شکنوں سے کوفتگی ہو جانے کی وجہ سے ہوا کرتا ہے (44)۔ صائغی قرح مقام اتصال سے ذرا ہی آگے واقع ہوتا ہے اور وہ بظاہر انہیں علامات کی موجودگی کے سبب سے ہوتا ہے جو کہ اثنا عشری قرح پیدا کر دیتے ہیں جیسے کہ ایسی مرکزی عنونت سے برکت زدہ ہو جانا کہ جس کا اتصال نہ کیا گیا ہو، بیش تر شگی جو باوجود علیہ کے بدستور باقی رہتی ہو اور قم کے گرد یا چنبر نازل میں شخات اور تبدیل شدہ ذاتی تحریک۔ علامات ویسے ہوتے ہیں جیسے کہ اثنا عشری قرح میں، مگر بایں استثناء کہ اب مقام درد نسبت کسی قدر نیچے اور شکم کے بائیں جانب ہوتا ہے۔ جب یہ قرح نعت لگاتے ہوئے قولون تک پہنچ جاتا ہے تو ممکن ہے کہ تبر کے وقت شراہینی درد ہو۔ بعض اوقات صائغی قولونی نواسیر واقع ہو جاتے ہیں اور ان کے ساتھ برازی مادے کی قے ہوتی ہے۔ غیر شفاف غذا دینے کے بعد یہ لاشعاع سے عموماً نہیں دکھلائی دیتے۔

علاج۔ ثانوی قرح کا علاج اسی اصول پر کرنا چاہئے جس طرح کہ مضمی قرح کا کیا جاتا ہے۔ ممکن ہے کہ علیہ کرنے کی ضرورت لاحق ہواؤ اگر بواب ابھی طرح کام کر رہا ہے تو ممکن ہے معدی صائغی نفوذی کو بند کیا جاسکے۔ دوسری اصابتوں کے علاج کا انحصار لاشعاعی کشوفات پر ہوتا ہے۔ اگر معدہ غیر معمولی سرعت کے ساتھ خالی ہو جاتا ہے تو کھانا کھاتے وقت مایات نہ لئے جائیں۔ ممکن ہے کہ دلک اور معدی تغیل مفید ہو۔ عموماً یہ مریض شحم کو اچھی طرح برداشت نہیں کر سکتے۔

## اتساع المِعدَہ

(DILATATION OF THE STOMACH)

ممکن ہے کہ اتساع معدہ نہایت تدریجی طور پر واقع ہو (مزمن اتساع - chronic dilatation) یا ممکن ہے کہ بالکل دفعۃً ہو جائے (حاد اتساع = acute dilatation)۔ آخر الذکر کا بیان اس سے پہلے درج ہو چکا ہے۔

### مزمن اتساع المِعدَہ

یہ سندرجہ ذیل کا نتیجہ ہوتا ہے :- (۱) وہ مختلف حالتیں جو بواب کی مسدودی پیدا کر دیتی ہیں جس سے معدی دیوار بھی بیش پر درودہ ہو جاتی ہے۔ اور (۲) وہ حالتیں جو عضلی دیواروں کی قوت انقباض کو متغیر کر دیتی ہیں (ملاحظہ ہو سقوط المِعدَہ)۔ مسدودی کے اسباب یہ ہیں :- بواب یا اثنا عشری کے قروح کے ندبات۔ بواب کا شخ جو قرب و جوار کے تقرح کا ثانوی نتیجہ ہو۔ معدے کے بوابی حصے کا سرطان۔ بواب کا بیش پرورشی ضیق۔ ہرونی دباؤ، انفصامات کے ذریعہ جڑ جانا، یا ایک مستحوط گردے کا کھنچاؤ۔ اور بالکل استثنائی طور پر اکال اشیاء کی وجہ سے پیدا شدہ ندبات، لیکن یہ عموماً مریضی روزن کو مآؤف کرتے ہیں۔

بوابی ضیق کے بعد کے اتساع کے طبیعی امارات - نمایاں اصابتوں میں جب شکم برہنہ ہو تو وہ غیر متساقل نظر آتا ہے اور اپنے بائیں نصف میں ایک گول ابھار پیش کرتا ہے۔ یہ ابھار ناف کے لیول سے نیچے تک پھیلتا ہے، اور اس کا زیریں حاشیہ ایک خم رکھتا ہے جو نیچے اور باہر کے طرف محدب ہوتا ہے اور منحنی حاشیہ کے زیریں حصے سے خط درمیانی کے واسطے جانب تک جاتا ہے۔ وقتاً فوقتاً حرکت دودوی کی ایک موج اس ابھرے ہوئے حصے پر سے عرضاً بائیں جانب سے دائیں اور نیچے کی جانب جاتی ہے۔ بائیں جانب کی انتہا پر ایک حصہ تقریباً، تھیلی کی جسامت کے برابر بہ سرعت ایک محدب ابھار بنا دیتا ہے جسے



شعاع گکاشت ایک متعصع معدہ کی جو کہ تفرج کے بعد بوابی ضیق کا ثانوی نتیجہ ہے۔ معدہ بڑا ہے اور شکم کے واپار مرضی طور پھیلا ہوا ہے، اور آئنا و کبیہ حرقفی عرف سے کچھ دور نیچے تک چلا گیا ہے۔ کھانا کھانے کے دو گھنٹہ بعد یہ جرم سے بھرا ہوا ہے۔ لیکن کھانے کے تھوڑے عرصے بواب کی راہ سے گزر چکے ہیں اور معاصرین کی گندلیوں میں ادھر ادھر منتشر نظر آتے ہیں۔ انما کبر پر معدہ کے بوابی حصہ کے آغاز میں حرکت دودھی کی ایک خفیف موج نفاذی ہے۔ (مسٹر ڈیپولنڈ سے لاک کے لئے ہے صحت)

ابانے پر قطعی طور پر مزاحمت محسوس ہوتی ہے۔ چنہری ٹانیوں میں یہ اُبھار بیٹھ جاتا ہے اور ایک دوسرا حصہ جو نسبتہ دائیں طرف کو ہوتا ہے اُستنے ہی عرصہ تک پھول کر ابھر آتا ہے۔ جب معدی دیوار کا ایک ایک حصہ یکے بعد دیگرے سخت ہو کر ابھر چکے ہیں تو اس کے بعد سارا ابھار بیٹھ جاتا ہے۔ یہ منظر خود رطلود پر رونما ہوتا ہے یا ممکن ہے کہ دیوار شکم کو ہاتھ لگانے سے شروع ہو جائے یا اسے انگلی سے تیزی کے ساتھ پھیلنے سے یا بعض اوقات محض شکم کو برہنہ کر دینے سے۔ اسے مرنی حرکت دودی کہتے ہیں۔ شکم کے تیز حرکات سے جیسے کہ مریض کو ہلانے پر ہوتے ہیں مایہ مافیہ میں حرکت پیدا ہو جاتی ہے اور یہ چھلک سنی جاسکتی اور محسوس کی جاسکتی ہے۔ لیکن اس کی کوئی اہمیت نہیں ہوتی تا وقتیکہ یہ کسی غیر طبعی رقبہ پر نہ پانی جائے، مثلاً ناف سے ایک انچ نیچے یا اس وقت جب کہ طبعی طور پر معدے سے کو خالی ہونا چاہئے، یعنی کھانا کھانے کے چھ یا سات گھنٹے بعد۔

مزمن اتساع کی بہت سی اصابتوں کا ایک نمایاں خاصہ وہ طرز ہے کہ جس پر قے ہوتی ہے۔ غذا تین یا چار دن تک معدے میں رہتی ہے اور پھر کیمارگی ۲ یا ۳ پنٹ سیال قے کے ذریعہ نکل آتا ہے۔ یہ عموماً رادیائل مجورے رنگ کا ہوتا ہے اور اس کی سطح پر جھاگ ہوتا ہے۔ اور خرد بینی امتحان سے اس میں لہج کے کثیر التعداد بندرے نجات حزمیہ (sarcinae) اور لمبے عصا کی شکل کے عصیتے نظر آتے ہیں جو آپلر بواس کے عصیات (Oppler-Boas bacilli) ہیں۔ دوسری اصابتوں میں قے زیادہ بار بار ہوتی ہے اور اس کی ایک وقت میں باہر نکلی ہوئی مقدار تھوڑی ہوتی ہے۔

قے کے علاوہ مریض تکلیف یا حسی درد میں مبتلا ہوتا ہے جو مافیہ کے اجتماع کے ساتھ بڑھتا جاتا ہے اور اُن کے نکل جانے پر اس میں عارضی طور پر آغا ہو جاتا ہے۔ شدید پیاس، کمزوری، لاغری، شوب اور قبض بھی دیکھا جاتا ہے۔ ممکن ہے کہ زیادہ ذہنی انقباض اور بعض اوقات وقفہ وار تکرار (tetany) اور شجاعت ہوں۔ مقدار بول قلیل ہوتی ہے اور ممکن ہے کہ کیتونیت موجود ہو [یہ وہ حالت ہے جس میں جسم کے اندر ایسٹونی اجسام (acetone bodies) پائے جاتے ہیں]۔

**تشخیص**۔ بالآخر اس کا انحصار لاشعاعی امتحان پر ہوتا ہے جو غیر شفاف غذا کھلانے کے بعد کیا جاتا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ ۲۶)۔ معدہ نیچے کو اور دائیں طرف بڑا ہوتا ہے۔ ابتداءً ممکن ہے کہ حرکت دودی غیر معمولی طور پر تیز ہو اور اس کے ساتھ معدہ جلد خالی ہو جاتا ہو۔ پھر حرکت دودی وقفہ کے ساتھ ہونے لگتی ہے اور اس کی موجوں کی گہرائی مختلف ہو جاتی ہے چنانچہ چھ گھنٹوں کے بعد تقریباً آدھا کھانا بطور فضل باقی رہ جاتا ہے۔ آخری درجوں میں ممکن ہے کہ حرکت دودی محض گاہ بے گاہ نظر آئے اور معدہ مخالف سمت میں چلتی ہو اور چوبیس گھنٹے کے بعد بھی معدہ بھرا ہوا رہے۔ کسری امتحانی غذا (fractional test meal) (ملاحظہ ہو شکل ۴۶، صفحہ ۳۳۱) سے بھی معدے کے خالی ہونے میں تاخیر اور آزاد ہائڈروکلورک ایسڈ کا بتدریج چڑھنا ہوا معنی ظاہر ہوتا ہے۔

**انذار**۔ بواب کی تنگی کی وجہ سے واقع ہونے والے اتساع کا اس وقت تک باقی رہنا لازمی ہے جب تک کہ تسد ویدہ کرنے والا مرض باقی ہے اور جراحی علاج کے علاوہ دوسرے علاج سے محض وقتی تسکین ہو سکتی ہے۔

**علاج**۔ اس کا علاج براجی ہے اور زیادہ کثرت سے معدی صائمی تفویہ عمل میں لائی جاتی ہے۔ ایک وقتی تسکین وہ تدبیر کے طور پر معدے کو طبعی مائع سے دھو ڈالنے کا عملیہ (تفصیل) اکثر بہت مفید ہوتا ہے۔ اس عمل کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ حد سے زیادہ تنے ہوئے معدے سے مائع اور غیر مضغ شدہ غذا کا اجتماع خارج ہو جاتا ہے اور ساتھ ہی یہ اس نازلت کے لئے بھی نفع بخش ہوتا ہے جو ممکن ہے کہ اتساع کے ساتھ موجود ہو۔ زبر کی ایک نلی جو ایک قیف سے لگی ہوئی ہوتی ہے، معدے کے اندر داخل کر دی جاتی ہے۔ قیف کو منہ کے لیول سے اوپر اٹھا کر اور اس میں پانی ڈال کر معدے کو بھر دیا جاتا ہے۔ پھر قیف کو نیچے لا کر اور اسے ایک مناسب طرف میں الٹ کر یا اس سے بھی بہتر سینوران کے آلہ (تفسیر Senoran's evacuator) کے ذریعہ سے معدہ کو خالی کر دیا جاتا ہے۔ مائع کا استعمال وقفہ دار سکڑ کا ازالہ کرنے کے مقصد سے کیا جاتا ہے۔ دھونے کا عمل روزانہ ایک بار ہر بے بڑے کھانے سے نصف گھنٹہ پہلے کرنا چاہئے۔





ایک شعاع مجاشئت جو کہ ریت گھڑی انقباض ظاہر کرتی ہے۔ بالائی خانہ جو کہ بیریم سے بھرا ہوا ہے ایک گول زیرین کنارہ رکھتا ہے اور زیرین خانہ کے اندر داخل ہونے کا فتحہ انخنا صغیر کے قریب واقع ہے اور بالائی خانہ کے فرش سے اوپر ہے۔ یہ اس امر کی دلیل ہے کہ ریت گھڑی معدہ اندہی انقباض کی وجہ سے ہے گو کہ ہمیشہ کچھ شے بھی ساتھ موجود ہوتا ہے۔ قومی باطیہ (ulcer crater) عین انخنا صغیر پر کے فتحہ پر واقع ہے۔ یہ اس طرح معلوم ہوتا ہے کہ فتحہ کا دائیں طرف کا کنارہ معدہ کی طرف متعرج ہے۔ بیریم نیچے زیرین خانہ میں ٹپکتا ہوا نظر آتا ہے جہاں یہ معدہ کے پسیندے پر بیٹھ جاتا ہے اور بعضی بالائی کنارہ رکھتا ہے۔ معدہ سا قطر ہے کیونکہ اس کا زیرین سر اسرقفی عرف سے بہت نیچے ہے۔ اثنا عشری بیکانہ دکھائی نہیں دیتا کیونکہ ابھی تک بیریم معدہ سے بالکل نہیں نکلا۔ (مسٹر ڈیولونڈ سے لاک کے لئے ہوئے صفحہ سے)



## معدہ کا ریت گھڑی انقباض

(HOUR-GLASS CONTRACTION OF THE STOMACH)

یہ حالت تقریباً ہمیشہ ایک مرمی معدی قرعہ کے انداب کی وجہ سے ہوتی ہے۔ اگرچہ کبھی کبھی گرد معدی انقباضات بھی معدے کو جگر سے پیوستہ کر دیتے اور تشنگی واقع کر کے ایسی ہی شکل پیدا کر سکتے ہیں۔ سرطان معدے کا خلیق پیدا کر سکتا ہے اور سقوط المعده کی حالت میں معدہ ایک بالائی اور ایک زیریں حصے میں منقسم ہو جاتا ہے جن کے درمیان میں ایک تنگ گردن مائل ہوتی ہے۔ لیکن حقیقی ریت گھڑی انقباض سے ان حالتوں کی تفریق کرنے میں کوئی وقت نہیں پیش آتی۔

علامات متلازم معدی قرعہ کے علامات ہوتے ہیں۔ لیکن جب آخر الذکر کامل طور پر مندمل ہو چکتا ہے اور تشنگی بہت زیادہ ہوتا ہے تو مریض کو یہ شکایت ہوتی ہے کہ وہ ایک وقت میں غذا کی صرف تھوڑی مقدار ہی لے سکتا ہے، اور نسبتاً ٹری متدائیں فوراً واپس نکل آتی ہیں، چنانچہ اس پر مری کے تسکین کا شبہ ہو سکتا ہے۔

تشخیص۔ یہ غیر شفاف غذا دینے کے بعد لاشعاعوں سے حل میں لائی جاسکتی ہے۔ معدہ ایک تنگ گردن کے ذریعہ سے دو خانوں میں تقسیم ہوتا ہے، اور یہ گردن بالائی خانہ سے دائیں جانب جڑی ہوتی ہے نہ کہ اس کے سب سے نیچے لٹکے ہوئے حصہ پر۔ یہ بالکل تمیز خاصہ ہے اور اس حالت کو معدے کے اس تنگ پڑنے سے متفرق کرتا ہے جو سقوط المعده میں ہو کر آتا ہے۔ اگر قرعہ کامل طور پر مندمل نہیں ہوا ہے تو علاوہ انداب کے نظام عضلی کا کچھ شنج بھی موجود ہوگا۔ یہ تسکین کو اور بھی زیادہ کر دیتا ہے، چنانچہ ان دونوں خانوں کو بریم کی محض ایک نہایت باریک سی لکیر جوڑتی ہے۔ جب شنج موجود ہو تو ممکن ہے کہ وہ احتیاط کے ساتھ دست درزی کرنے پر یا الفلاح (belladonna) کی ایک متعاد دینے کے بعد کیقدر ڈھیلا پڑ جائے۔ ایک فاعلی قرعہ کبھی موجود ہوتا ہے کبھی نہیں ہوتا اور وہ گردن کی دائیں جانب کو ایک ابھار کے طور پر نظر آتا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ ۲۷)۔

سرطان کی حالت میں بالید معدے کے اندر ابھری ہوئی ایک صاف قرہ کی طرح نظر آئے گی (ملاحظہ ہو صفحہ 355)۔ لیکن اگر وہ ایک قرے سے پیدا ہوئی ہے تو لاشعاعی منظر دیا ہی ہو سکتا ہے جیسا کہ ریت گھڑی انقباض میں۔  
عسلاج۔ واحد کارگر نڈہ صرف جراحی علاج ہے۔ تنگی کو چوڑا کیا جاسکتا ہے یا قریبی کہنہ کو بعدی کہنہ سے یا صائم سے جوڑ دیا جاسکتا ہے۔

353

## پیدائشی بریش پر دھرمی صیت

یہ بوابی قسم کی ایک قسم ہے جس کے علامات بالعموم پیدائش کے چند روز بعد سے سنہ کرچھ یا سات ہفتہ تک اور نہایت عام طور پر زندگی کے ابتدائی چار ہفتوں کے دوران میں ظاہر ہوا کرتے ہیں (47)۔ لڑکیوں کے نسبت یہ مرض لڑکوں میں تقریباً پانچ گنا زیادہ عام ہے۔ علامات یہ ہوتے ہیں :- قے کا ہونا اور قبض (جس کی وجہ یہ ہے کہ آنتوں تک جو غذا پہنچتی ہے اس کی مقدار تھوڑی ہوتی ہے) اور لاغری۔ اور کئے شدہ مادے اکثر کثیر المقدار ہوتے ہیں اور بہت زور کے ساتھ باہر نکلتے ہیں۔ ابتداء وہ غذا پرستل ہوتے ہیں، لیکن کچھ عرصے بعد جب کہ التهاب معدہ قائم ہو جاتا ہے تو ان میں غماط اور متغیر شدہ خون بھی ہوتا ہے، لیکن شاذ ہی کبھی مفرا۔ بائیں جانب سے دائیں جانب کے طرف حرکت دودی جو بوابی صیت کا اس قدر تمیز خاصہ ہے دیکھی جائے گی۔ اور تقریباً تمام امواتوں میں (جن میں ممکن ہے کہ خوراک لیتے وقت اور اس کے بعد نہایت عجز کے ساتھ اور دیر تک امتحان کرنا پڑے) خط وسطی کے دائیں جانب، ضلعی حاشیہ سے ذریعہ، ایک سلحہ یا دھارت پائی جائے گی جس کا قطر  $\frac{1}{4}$  یا  $\frac{1}{2}$  ہوگا اور جو بواب کے انقباض کے ساتھ سختی میں وقتاً فوقتاً بدلتی رہے گی اور اس طرح سڈوں سے تمیز کی جاسکے گی۔ چونکہ صفوی مرض کے بغیر بھی مرنی حرکت دودی کا واقع ہونا ممکن ہے، لہذا یقینی تشخیص کے لئے سلحہ کی موجودگی ضروری ہے۔ لاشعاعوں سے بھی مدد مل سکتی ہے۔

یہ دبا زت بواب کے عضلی ریشوں کی بالخصوص مدور ریشوں کے طے بقہ کی بیش تکوین ہے، اور غالباً جنینی زندگی کے دوران میں نمایاں ہو جاتی ہے۔ دبا زت یا دتہ تودے کے اندر غشائے مخاطی میں شکنیں پڑی ہوئی ہوتی ہیں۔

علاج - طبی علاج یہ ہے کہ معدہ کی تفصیل کی جائے اور اس کے بعد گاڑھی غذا میں دیجا میں تفصیل کے بعد (جس میں قلیات کے استعمال سے اجتناب کرنا چاہئے کیونکہ ان سے کثیر قلویت ہونے کا خطرہ ہے) معدہ میں اثر و پین کی چھوٹی چھوٹی خوراک باقی رہنے دینی چاہئیں۔ لیوینال (luminal) کی ایسی خوراکوں سے کہ جن سے بچہ غنودہ رہے، عمدہ نتائج دلج کئے گئے ہیں۔

اس ملک میں بہترین نتائج رام سٹیٹ (Rammstedt) کے عملیہ کے ذریعہ حاصل ہوئے ہیں۔ یہ اس پر مشتمل ہے کہ باریلٹونی سطح سے سلعہ کے اندر ایک طوی ششک غشائے مخاطی تک دیا جائے تاکہ تسد و رفع ہو جائے۔ عملیہ کے بعد غذا بہت آہستہ آہستہ بڑھانی چاہئے۔ یکایک بڑھا دینے سے بالعموم اسہال آنے لگتے ہیں، کیونکہ گذشتہ تجوع کے دوران میں غذا کا ہرج موجود نہ ہونے کے باعث مہنسی انزیموں (enzymes) کا افزا بہت کم ہو گیا ہے۔ کم خوراندہ (under-fed) شیر خوار بچوں میں اس وقت جب کہ ان کی غذا کو بہت سرعت سے بڑھا دیا جائے اسی قسم کا عدم تحمل پایا جاتا ہے۔ بعض اوقات اس عملیہ کے بعد اسہال ہو جاتا ہے جس میں براہ شمی ہوتا ہے (48)۔ اس سے گمان ہوتا ہے کہ اس مرض میں صفر اووی اور غالباً با نفرا سی عدم کفایت بھی کچھ حصہ لیتی ہے۔

## سرطان معدہ

اسباب - معدے کا سرطان تینس سال کی عمر سے پہلے شافی و کیا جاتا ہے اور اس کی ۶۰ فیصدی اصابتیں چالیس اور ساٹھ سال کے درمیان کی عموں میں واقع ہوتی ہیں۔ یہ عورتوں کے نسبت مردوں میں دگنا عام ہے۔ توارث سرطان معدہ میں کمی نمایاں خصوصیت نہیں۔ یہ امیر و غریب دونوں میں مساوی الوقوع ہے اور کسی خاص پیشہ

کے ساتھ قطعی نہیں رکھتا۔ اس کے متعلق بڑی بحث ہوئی ہے کہ آیا سرطان عموماً معدی قرحہ سے پیدا ہو جاتا ہے یا نہیں۔ اس رائے کے خلاف یہ واقعہ ہے کہ اثنا عشری قرحہ نہایت عام ہے حالانکہ اثنا عشری کا سرطان نہایت شاذ ہوتا ہے۔ سرطان معدہ کی پچاس اصابتوں کے ایک گروہ میں ۵۶ فی صدی کی سرگزشت ایک سال پہلے تک جاتی تھی لیکن اس سے زائد نہیں۔ ۷۰ فی صدی میں دو سال پہلے تک کی سرگزشت موجود تھی (57)۔ لہذا بیشتر اصابتوں میں 'سرسری طور پر یوں سمجھئے کہ دو تہائی مریضوں میں سرطان خود بخود شروع ہو جاتا ہے (46) 'اگرچہ مزمن التهاب المعده اور بالخصوص معدہ کی سدانیت' مکنہ اسباب معدیہ۔ باقی ماندہ اصابتوں میں یہ معدی قرحہ کا نتیجہ ہوتا ہے۔

امراض ضیاعی تشریح۔ سرطان معدے کے تمام حصوں کو ماؤف کر سکتا ہے لیکن مریضوں کی غالب تعداد میں بواب ماؤف ہوتا ہے۔ اور مرض یہاں سے معدے کے متصل حصوں میں پھیل جاتا ہے 'بالخصوص انتہائے بغیر کے برابر برابر' اگر یہ فوادی سے کو ماؤف کرتا ہے تو عموماً اس کا علاج مری پر بھی ہو جاتا ہے۔ بعض اوقات معدے کی دیوار یکساں طور پر درہ ریختہ اور دبیز ہو جاتی ہے اور معدہ بحیثیت مجموعی سکڑ کر چھوٹی جاسکتا ہو جاتا ہے (متناسع نامعده = leather-bottle stomach) چند ہی استثنیات کو چھوڑ کر سرطان معدہ گروہ آسا سرطان (spheroidal carcinoma) یا استوانہ نما سرطان (cylindrical carcinoma) کی شکل میں ہوتا ہے اور اول الذکر نسبتاً بہت زیادہ عام ہے۔ ان دونوں میں سے ہر قسم یعنی بات کی زیادتی کی وجہ سے جرزئی (scirrhous) ہو سکتی ہے یا اس کی قلت کی وجہ سے لمبی (medullary)۔ اور دونوں میں کولائڈی انحطاط واقع ہو سکتا ہے، اگرچہ یہ گروہ آسا قسم میں زیادہ عام ہوتا ہے۔ جردی تغیر عام ترین ہے۔ لمبی سلسلہ شاف ہے۔

سرطان کی ابتداء غشائے مخاطی کے خدو کے سطحی خلیوں کی پیش بالیدگی سے ہوتی ہے۔ یہ بالیدگیاں تحت المخاطی بافت کے اندر ابھر جاتی ہیں پھر مزید نکاشتر کرتی ہیں اور بتدریج تمام طبقات کو ماؤف کر دیتی ہیں۔ معدے کی دیوار موٹی ہو جاتی ہے اور بالیدہ ابھر جاتی ہے اور اس سے معدہ کا وزن بہت تنگ ہو جاتا ہے۔ بالیدہ اثنا عشری پر حملہ آور نہیں ہوتی۔ آخری درجوں میں وہ اکثر اندرونی سطح پر متفرع ہو جاتی ہے۔ مکن ہے کہ متصلہ غشائے مخاطی حملی

زائموں کی گرجی بالیدگیاں ظاہر کرے جو کہ مزمن التهاب معدہ کا نتیجہ ہوتی ہیں۔  
 ممکن ہے کہ یہ تقریبی عمل عروق کو متاثر کر کے نرف پیدا کر دے۔ ماوہ قرحہ کے  
 نسبت سرطان میں یہ بہت کم ہوتا ہے کہ نرف کثیر مقدار میں ہو۔ بوابی بالید کے پیدا کردہ  
 ضلیق کا نتیجہ اکثر اوقات اتساع معدہ ہوتا ہے۔ لیکن ایک متاثرہ نامعدہ (leather-  
 bottle stomach) چھوٹا ہوتا ہے۔ جب بالید باریطونی سطح تک پہنچ جاتی ہے تو عام  
 طور پر دوسرے اعضا سے معدہ کا انضمام واقع ہو جاتا ہے اور اس کے بعد ممکن ہے کہ  
 اس عضو پر (جس کے ساتھ انضمام واقع ہوا ہے) سرطان کا حملہ ہو جائے۔ اس طرح جگر  
 اور لبلبہ پر اکثر اوقات اور طحال یا قولون پر کبھی کبھی حملہ ہو جاتا ہے۔ آخر الذکر حالات میں  
 ایک معدی قولونی ناسود کا پیدا ہو جانا ممکن ہے۔ فوادی سرے کا سرطان اکثر اوقات  
 مری پر حملہ آور ہوتا اور اسے مدد کر دیتا ہے۔

مختلف اعضاء باریطون، جگر، لبلبہ، پھیپھڑوں اور متصل لمفائی غدوں شاموی  
 جماؤ واقع ہو جاتے ہیں۔ یہ ماساریقی، یس باریطونی، اور بابی غدو ہیں۔ لیکن جیسا کہ مری  
 کے سرطان میں بھی ہوتا ہے، بعض اوقات غنقی لمفائی غدو بالکل ابتدا میں ماؤف ہو جاتے  
 ہیں۔

علامات - سریری نقطہ نظر سے ان اساتوں کے دو گروہ ہوتے ہیں، اس  
 لحاظ سے کہ آیا بوابی خصل میں غلغل اور اس کے ساتھ معدی مافیہ کا غیر معمولی احتباس ہوا ہے  
 یا نہیں۔

(۱) اس گروہ کے ابتدائی درجوں کے علامات خاص کر سورہضم کے علامات  
 ہوتے ہیں۔ اول تو عدم اشتہا اور متلی ہوتی ہے، اور پھر جی کا ڈوبا جانا، غذا کے  
 بعد درد اور ریجیت۔ یہ دس شرایف میں، یا سوزش سینہ کے مقام پر ہو سکتا ہے  
 جب سرطان بواب کے مقام پر واقع ہو تو قے کا اس حالت میں جلد تر واقع ہونے کا  
 امکان ہوتا ہے، یہ نسبت اس کے کہ جب وہ اس نقطہ سے دور واقع ہو۔ قے میں غذا  
 موجود ہوتی ہے جو ہضم کے مختلف مراح میں ہوتی ہے اور اس کے ساتھ کم و بیش  
 مخاط یا خون کی دھاریاں ملی ہوتی ہیں۔ قے کے ساتھ ملا ہوا خون اکثر درقہہ کا منظر  
 رکھتا ہے۔

پھر در ایک نمایاں علامت بن جاتا ہے، اور اگر بالید متعلقہ اعضا (جیسے کہ بلبہ) پر حملہ آور ہو جائے تو دو مستحکم ہوا کرتا ہے، یا اس کا اٹھنا کھانے پر منحصر نہیں ہوتا۔ وہ مثالوں کے درمیان جمکوس ہوتا ہے، یا قطنی خطہ میں۔ وہ اکثر و خرنی اور منرق ہوتا ہے، لیکن ممکن ہے کہ ناقب سوزشی، قارض یا خارق ہو۔ اس قسم کے سرطانِ معدہ میں شدید بنیئی اختلال کے علامات نسبتاً جلد شروع ہو جاتے ہیں۔ مریض دُبلتا ہو جاتا ہے، اس کی طاقت گھٹ جاتی ہے، اور رنگ پھیکا پڑ جاتا ہے۔ اور ترقی یافتہ اصابتوں میں لاغری اور عدد ۴۵-۵۰ بیت بہ درجہ انتہا موجود ہوتے ہیں۔ آنٹوں میں زیادہ تر قبض ہوا کرتا ہے۔ براز دم الاسود بہ طور ایک ابتدائی امارت کے شاذ ہوتا ہے، لیکن غفنی خون (ملاحظہ ہو صفحہ 330) عام ہے۔

(۲) جب بواب کے فعل میں کوئی خلل نہ ہوا ہو تو بالید عموماً جیم معدہ میں ہوتی ہے، لیکن ہمیشہ نہیں۔ ممکن ہے کہ جب تک کہ بالید بہت زیادہ ترقی یافتہ نہ ہو جائے کوئی علامات موجود ہی نہ ہوں۔ اور پھر قرب و جوار کی ساختوں کی درجہ تکلی کی وجہ سے پشت میں درد محسوس ہونے لگے۔ لیکن ایسی بالید سے مسلسل خون بہتا ہے، اور متغیرہ خون پانخانوں کے اندر پایا جاتا ہے۔ اس سے جو عدم دموبیت پیدا ہو جاتی ہے سلمہ غیر جتن پذیر ہونے کی حالت میں اس سے تلف عدم دموبیت (pernicious anemia) کا شبہ پیدا ہو سکتا ہے۔ ساتھ ہی ممکن ہے کہ ترقی پذیر ضعف موجود ہو۔

عام طور پر یہ کہا جاسکتا ہے کہ سرطان کی اصابتوں کی غالب تعداد میں ایک صلحہ کسی نہ کسی وقت پایا جاتا ہے اگرچہ وہ ابتدائی تین یا چار مہینوں میں شاذ ہی ملتا ہو اور بعض اعداد و شمار کی رو سے وہ ابتدائی چھ مہینوں کے اندر صرف ۳۳ فی صدی اصابتوں میں ملتا ہے۔ سلمہ کا فعل وقوع بلاشبہ معدے کے مآوف حصے کے لحاظ سے مختلف ہوتا ہے۔ بوابی سلمہ عموماً خط درمیانی میں یا کبیکدر وائیں طرف، قص خجری اور ناف کے درمیان واقع ہوتا ہے۔ جب معدہ بہت قس ہوتا ہے تو یہ سلمہ ناف سے بھی نیچے ہوتا ہے۔ جہاں میں وہ ایک اخروٹ سے لے کر ایک چھوٹی نارنگی کے برابر متغیر اور عموماً نہایت سخت ہوتا ہے۔ ابتداءً وہ آواز اور انداز پر حرکت پذیر ہوتا ہے اور شہیق کرنے پر نیچے چلا جاتا ہے، لیکن نسبتاً بعد کے درجوں میں ممکن ہے کہ وہ انقباضات پیدا کرے اور

زیادہ مثبت ہو جائے۔ اکثر اوقات اُس میں زیرِ افتادہ اور طبعی کا مدغم منتقل ہو جاتا ہے۔ قرعہ کرنے پر وہ احم یا غیر کامل طور پر لگی ہوتا ہے۔ اُسے ہاتھ لگانے سے درد محسوس ہوتا ہے کبھی کبھی اشتباہ کبڈہ یا ریٹونی کے اندر واقع ہو جاتا ہے اور اس کے بعد التهاب یا ریٹون پیدا ہو جاتا ہے۔ لیکن اس حادثہ کے علامات مبہم ہوتے ہیں اور صاف نمایاں نہیں ہوتے۔ پس یا ریٹونی غد کا سرطان پیروں کا نتیجہ پیدا کر دیتا ہے اور یہی نتیجہ بڑی ریڈ کی عقیقت سے بھی پیدا ہو جاتا ہے۔ مدی قولونی ناسور (جو بیشتر سرطان کے معدے سے قولون تک پھیل جانے کا نتیجہ ہوا کرتا ہے) کی نمایاں خصوصیت یا تو یہ ہوتی ہے کہ معدے کے غیر مبہم شدہ مافیہ براہ راست قولون کے اندر اور یہاں سے براہِ معائنہ تھیم چلے جاتے ہیں یا یہ کہ برازی قئے ہوتی ہے، کیونکہ قولون کے مافیہ معدے کے اندر چلے جاتے اور پھر یہاں سے قئے کے ذریعہ نکل جاتے ہیں۔

موت عموماً خستگی کی وجہ سے واقع ہو جاتی ہے اور یہ خستگی غذا کے ناقص شل کا نتیجہ ہوتی ہے یا یا ریٹون کے اندر ثانوی بالیدگیوں کے بہ سرعت پھیل کر استقامت زنی ہونے کا یا جگر کے اندر ثانوی بالیدگی پھیل کر مسلسل ارتفاع حرارت ہونے کا۔ کثیر المقد نزف یا التهاب یا ریٹون، التهابِ ششی یا ذاتِ الریہ اس منظر کو ختم کر سکتے ہیں۔

مدتِ مرض۔ یہ بیماری عام طور پر چھ ماہ سے دو سال تک جاری رہتی ہے۔ دو تہائی اصابتیں آٹھ مہینے سے کم جاری رہتی ہیں اور ایک نہایت تھوڑی تعداد دو سال سے زائد تک جاری رہتی ہے۔

تشخیص۔ سرطان اپنے آخری مراح میں سلسلہ کی موجودگی کی وجہ سے معدے کے دوسرے بیشتر امراض سے شناخت کر لیا جاتا ہے۔ کبھی کبھی ایک بڑھے ہوئے سخت عتقی غدہ کے مل جانے سے بالخصوص جب کہ یہ غدہ بائیں جانب ہو، اس تشخیص کے طرف اشارہ ہوا ہے۔ اگر کوئی سلسلہ شناخت نہ ہو سکے تو جیسا کہ پہلے بتلایا گیا ہے، سرطان کا متلف عدمِ دموییت (pernicious anaemia) کے ساتھ یا مزمن سوءِ مبہم اور اس سے متلازم التهابِ المعدہ یا مبہمی قرعہ کے ساتھ غلط طوطا جانا ممکن ہے یا ممکن ہے کہ خالصاً وجہ العصبی دروں کے متعلق یہ خیال کر لیا جائے کہ یہ سرطان کی وجہ سے ہیں۔ استثنائی اصابتوں میں یہ بھی ممکن ہے کہ حصوں کا وہ تشابک اور انضمام جو

قرص سے پیدا ہو جاتا ہے، سرطان کی مشابہت پیدا کر دے۔ مریض کی عمر اور مرض کی شدت، قلیل مدت، یہ بھی اس کی تشخیص میں اہم عناصر ہیں، کیونکہ بیشتر امیباتوں میں سرطان سابقہ معدی قرص کا نتیجہ نہیں ہوتا۔

لاشعاعیں میٹر مناظر ظاہر کرتی ہیں۔ لیسٹھ کی خوراک کی وجہ سے سایہ ایک کم و بیش وسیع صاف رقبہ یا "نقص پُری" کے ذریعہ سے منقطع ہوتا ہے۔ یہ رقبہ یا نقص دو یا زیادہ رخدار یا صدفی خاکوں کے ذریعہ سے اس سایہ میں متداخل ہوتا ہے۔ یہ اس متفطر بالید کا قایم مقام ہے جو معدے کے درون میں ابھرتا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ ۲۸ الف)۔ دبائے پریہ الیم ہوتا ہے، اور اس کی شکل مستمر ہوتی ہے۔ یہ حرکات دوویہ میں شرکت نہیں کرتا، جو معدے میں دوسرے مقامات پر نظر آ سکتے ہیں۔ لیکن ہے کہ کوئی نقص پُری مری ہوئے سے پہلے حرکت دودھ کا یہ انقطاع ہی ابتداء کی ترین امارت ہو۔ متاثرہ نامعدے کی حالت میں یہ نظر آتا ہے کہ غذا ایک متعادل تغل نامی کی راہ سے، بلا کسی مری حرکت دودھ کے، سیدھی اشاعشری کے اندر بہ سرعت گرتی ہے (ملاحظہ ہو صفحہ ۲۸ ب)۔ ۶۱ فی صدی امیباتوں میں ایک طبعی لاشعاعی روئداد حاصل ہوئی (57)۔

مریض کو شب میں دو وہ کے اندر دو ٹی سپون غل کوئلہ (charcoal) دینا چاہئے اور دوسرے روز علی الصباح اس کے معدے کے مافیہ کا امتحان کرنا چاہئے (49)۔ سازہ یا تغیر مری خون کی موجودگی سرطان کی طرف اشارہ کرتی ہے، بالخصوص جب کہ خون اس طرح ایک سے زائد موقع پر پایا جائے، لیکن کوئلہ کی موجودگی سے معدے کے خالی ہونے میں تاخیر ظاہر ہوتی ہے۔ ۷۷ فی صدی امیباتوں میں سکونی رس میں خون موجود تھا، اور ۷۷ فی صدی میں آزاد ہائڈروکلورک ایسڈ بالکل نہ تھا (57)۔ خون کا مسلسل رساؤ سرطان کا میز خاصہ ہے، مگر کبھی اتفاق سے ہونے والا دفرزت اغلباً قرص کا نتیجہ ہوتا ہے۔ ردِ قہوہ جیسی قے، دونوں حالتوں میں دیکھی جاتی ہے۔

856

معدے کو دھو ڈالنے کے بعد ایک امتحانی خوراک دی جائے۔ امتحانی خوراک کے اندر لیکٹک ایسڈ کی موجودگی سرطان معدہ پر دلالت کرتی ہے۔ ۶۴ فی صدی امیباتوں میں بے ترشگی تھی۔ چنانچہ آزاد ہائڈروکلورک ایسڈ تغیر پذیر



الف۔ معده پیریم سے بچا ہوا ہے۔ ابلی حصہ میں سرطان کی موجودگی نقص پری سے ظاہر ہوتی ہے۔ آٹما عشری کلاہ، اچھی طرح نظر آتی ہے۔ (شعاع نکاشت مسٹر ڈیولونڈ سے لاک نے لی ہے)

ب۔ سرطان کی وجہ سے ایک متناہ نما معده۔ (شعاع نکاشت مسٹر ڈیولونڈ سے لاک نے لی ہے)

مقدار میں عموماً پایا جاتا ہے۔ بلکہ ممکن ہے کہ بیش تر شکی بھی موجود ہو (57)۔ لیکن اکثر "فاصلی ہائڈروکلورک ایسڈ" ("active HCl") میں اور آزاد ہائڈروکلورک ایسڈ ("free HCl") کی مقدار میں بڑی کمی ہوتی ہے۔ بعض اصابتوں میں ایک مستلزمہ مزین التهاب المعده کے باعث معدنی کلورائیڈ گھٹا ہوا ہوتا ہے۔ دوسری اصابتوں میں معدنی کلورائیڈ بڑھا ہوا ہوتا ہے جس سے یہ اشارہ ہوتا ہے کہ بالید سے رسنے والے مصل سے ہائڈروکلورک ایسڈ کی تعدیل ہو گئی ہے۔ صرف ۶۴ فی صدی اصابتوں میں معدے کے خالی ہونے میں تاخیر ظاہر ہوئی۔ ۶۴ فی صدی میں خون کسی نہ کسی وقت موجود تھا اور باقی ماندہ ۳۶ فی صدی میں جب پانخانوں کا مخنی خون کے لئے امتحان کیا گیا تو خون مختلف مقداروں میں موجود پایا گیا۔ لہذا امتحانی خوراک اور پانخانوں، دونوں میں خون کی غیر موجودگی تقریباً ہمیشہ سرطان کو خارج از بحث کرے گی، لیکن راقم الحروف نے ایک پہل سالہ مریضہ کی ایسی اصابت دیکھی جس کا سرطان معدہ ہونا جراحی عملیہ سے ثابت ہو چکا تھا، مگر جس میں استحانی خوراک اور پانخانوں میں کوئی خون نہ تھا، اگرچہ بے ترشگی موجود تھی اور لاشعاعوں سے ایک بڑا نقص پُری ظاہر ہوا۔

انذار۔ یہ ناموافق ہوتا ہے کیونکہ تا وقتیکہ بالید اور تمام سرایت زدہ غد کا بالکل استیصال نہ کیا جاسکے موت ناگزیر ہے۔

علاج۔ مشتبہ ابتدائی اصابتوں میں شکم شگافی کے عملیہ کا مشورہ دینا چاہئے، کیونکہ بالید کا استیصال ہی تقریباً واحد شفا بخش طریقہ ہے۔ اس وقت جب کہ ایک گولہ محسوس ہو سکے یہ عملیہ بعد از وقت ثابت ہوگا، کیونکہ اس وقت تک بالید پھیل چکی ہے اور لمفائی غد مآؤف ہو جاتے ہیں۔ معدی صائمہ تغویہ کا عمل ایک تخفیفی تدبیر کے طور پر انجام دیا جاسکتا ہے۔ عمیق لاشعاعی علاج بھی آزمایا جاسکتا ہے۔

اگر اتساع نمایاں علامت ہو اور ہر چند روز کے بعد غذا کی بڑی مقداریں قے سے نکل جاتی ہوں تو ممکن ہے کہ معدے کو روزانہ دھو ڈالنے سے غارضی تسکین معلوم ہو، ملاحظہ ہو صفحہ 352) یا مریض کو درد محسوس ہونے کے وقت ایک نلی داخل کر لینے کی ترکیب سکھلا دینی چاہئے، کیونکہ بعض اوقات صرف اسی مادہ تدبیر سے

تکین حاصل ہو جاتی ہے۔ ورنہ مزمن سور الہضم کے تحت بیان کردہ تدبیریں لانی چاہئیں۔

معدے کے غیر خبیث سلعات۔ اس زمرہ میں ذیل کے سلعات شامل ہیں:۔ غدی سلعا، عضلی سلعا، معین لبلب، شحمی سلعا، لینی شحمی سلعا، لمفائی غدی سلعا، اور دیویرے۔ یہ بہت کم واقع ہوا کرتے ہیں۔ پہلے تین سب سے کم غیر عام ہیں اور کبھی کبھی وہ بواب کو سدود کر کے علامات پیدا کر دیتے ہیں۔ دوسری اصابتوں میں علامات کا انحصار سلعا کی جسامت اور جاکے وقوع پر ہوگا۔

## قبض

(CONSTIPATION)

آنتوں کے صحت مند فعل کا انحصار غذا کی کافی رسد پر ہوتا ہے کہ جس کا فضلہ براز کا مادہ بناتا ہے نیز معائی رسوں کے قدرتی افراز پر اور ایک ایسے معائی عضلی نظام پر جو آسانی کے ساتھ تہیج ہو اور اتنا کافی قوی ہو کہ براز کو ایک مقام سے دوسرے مقام تک آگے دھکیل سکے۔ لیکن یہ فعل مختلف افراد میں مختلف ہوتا ہے جو بایں ہمہ ممکن ہے تندرست ہوں۔ بیشتر اشخاص میں پانچ دن بھر میں ایک بار ہوتا ہے، لیکن دوسروں میں روزانہ دو بار اور بعضوں میں صرف ایک دن چھوڑ کر ہوتا ہے۔ جب چوبیس گھنٹے کے طبعی عرصہ سے زیادہ تک یا بعض اشخاص میں دو دن تک احتباس براز ہو تو یہ قبض ہے۔ یہ نتیجہ ہوتا ہے (۱) بڑی آنت کے طول میں براز کی عام حرکت میں تاخیر کا (قولونی راکوڈ = colonic stasis) یا (۲) حوضی قولون اور مازستقیم کی تفریغ میں تاخیر کا (عسر قبرا = dyschezia) یا مجموعی طور پر ان دونوں اعمال میں تاخیر کا۔

۱۔ معائی قنال میں براز کی عام حرکت خالصاً غیر ارادی ہوتی ہے اور اس کا انحصار معائی دیوار کی کافی عضلی طاقت پر ہوتا ہے جسے مناسب غذا سے مقول

تھریک پہنچتی ہے۔ کمزور عضلی نظام ایک موروثی قصور ہو سکتا ہے، یا ممکن ہے کہ وہ آخری نمبر میں طاری ہو کر شیخوخی قبض (senile constipation) کا سبب بن جائے۔ عضلہ کی عارضی کمزوری حمیات اور حاد امراض میں واقع ہو جاتی ہے، اور عدم وسویت، انخسرت (chlorosis) کساحت اور ان امراض کا نتیجہ ہو سکتی ہے جن میں عصبی انخفاض ہوتا ہو، جیسے کہ مایہ نولیا، نہاکت اعصاب (neurasthenia) وغیرہ۔ مقامی طور پر ممکن ہے یہ ریخی تمدد اور غشاء مخاطی کی نازلت کا نتیجہ ہو۔

357

مسار کو تہیج بالخصوص غذا سے حاصل ہوتا ہے، اور ممکن ہے کہ یہ مقدار میں ناکافی ہو، یا از حد خشک ہو، یا اس میں میکانی ہتہیات کی قلت ہو، جن میں نباتی اشیاء کا سیلولوز (cellulose) سب سے زیادہ اہم ہے۔ نیز معلوم ہوتا ہے کہ بعض افراد میں آنتوں میں غیر معمولی قوت ہضم و جذب کے باعث اس قدر کم نفل باقی رہتا ہے کہ افراغات لازمی طور پر بہت کم مرتبہ ہوتے ہیں۔ اس حالت کو ”حریص قولون“ (”greedy colon“) کے نام سے تعبیر کیا جاتا ہے۔ معدے کی بہت سی خرابیوں میں بالخصوص جہاں قے بار بار ہوتی ہو، قبض ہو ا کرتا ہے۔ مزید برآں حوض یا شکم کے الہتہابی یا ضربی نوعیت کے درد ناک مقامی عوارض سے آنت کا معکوس نفل براہ راست منتقل ہو سکتا ہے۔

قولونی رکود کی تشخیص صرف اسی وقت ہو سکتی ہے جب کہ ایک غیر شفاف خوراک دینے کے بعد امعاء کا امتحان کیا جائے۔ معمولی حالات میں چار گھنٹوں کے اختتام پر معدہ خالی ہوتا ہے اور غذا لفائفی کے انتہائی سرے پر جمع ہوتی ہے۔ دوسری خوراک لینے سے لفائفی کی انتہا پر اور قولون کے اندر خاص ضغیت پیدا ہو جاتی ہے، جس کی وجہ سے معائی مانیہ بہ سرعت آگے کی طرف حرکت کرتے ہیں۔ (معدی لفائفی اور معدی قولونی معکوسات) (50)۔ غیر شفاف غذا معدے سے کلی طور پر غائب ہو جانے کے عموماً چار گھنٹے بعد لفائفی کو چھوڑ چکی ہوتی ہے۔ لیکن لفائفی رکود کی تشخیص بلا خطر صحت اس وقت کی جا سکتی ہے جب کہ اس غذا کے کھانے کے چھ گھنٹے بعد تک اس کا خفیف ساحصہ بھی عور کے اندر داخل نہوا ہو، یا جب کہ اس غذا کا بیشتر حصہ غذا کھانے کے نو گھنٹے بعد بھی لفائفی کی انتہا ہی میں ہو اور یہ معلوم

ہو چکا ہو کہ معدے نے خود کو تین یا چار گھنٹوں میں خالی کر دیا ہے۔ طبی طور پر غیر شفا  
نہذا چوبیس گھنٹے میں معائنہ مستقیم میں پہنچ جاتی ہے۔ قولونی را کد اس وقت  
موجود ہوگا جب کہ اس مدت کے انتہا تمام پر وہ اب بھی بکلمہ اور یا قولون صاعد میں ہو  
یا جب کہ چوبیس گھنٹے میں وہ طحالی تفرج میں پہلی سرتبہ پہنچی ہو لیکن غیر شفا  
نہذا اس خوراک کے کھانے کے اڑتالیس گھنٹے بعد بھی قولون متعرض میں موجود  
ہو۔ اگر قولونی رکود شدید درجہ کا ہے تو لفافنی اعوری مصراع کے پار معائنی مافیہ  
کے گزرنے میں بھی تاخیر ہوگی (لفافنی را کد)۔ لفافنی رکود قولونی رکود کے بغیر بھی  
واقع ہو سکتا ہے بالخصوص تحت الحماہ التهاب زائدہ کی اصابتوں میں (زائدہ لا ضابطہ  
= (controlling appendix -

۲ چوبیس گھنٹے کے دوران میں جو براز حوضی قولون کے اندر جمع ہو جاتا ہے اس کے  
معائنہ مستقیم کے اندر داخل ہونے سے تبرز کی خواہش پیدا ہوتی ہے اور معائنہ مستقیم کے  
اندر براز کا یہ داخلہ ناسشتہ کھانے کے تہج یا اٹھ کر کھڑے ہونے کے تہج یا کسی اور  
روزانہ وکیلنے کے تہج سے منکوس طور پر واقع ہو جاتا ہے۔

تبرز کے آخری عمل - یعنی مستقیم کے اندر براز کے داخلہ اور اس کی آخری  
تفرج میں غل واقع ہونا نام نہاد عاداتی قبض (habitual constipation) کا ایک  
عام سبب ہے۔ ہرسٹ (Hurst) نے اسے عسر تبرز کا نام دیا ہے۔ اس فعل کی  
انجام دہی کا انحصار ایک تہج پر ہوتا ہے جو معائنہ مستقیم سے متعلق ہوتا ہے اور اس  
مجموعیت پر جو حوضی قولون کی طرف سے ظاہر ہوتی ہے۔ ان اشخاص میں جن میں  
اجابت پابندی اوقات کے ساتھ ہوا کرتی ہے، یہ تہج روزانہ ایک خاص وقت پر  
پیدا ہوا کرتا ہے اور اگر اسے عمل کرنے دیا جائے تو اس کا نتیجہ افراغ ہوتا ہے لیکن  
اگر اس تہج سے بے اعتنائی کی جائے اور پاخانہ پھرنے کی خواہش کو دبا دیا جائے تو  
معد کے موقع پر اس منکوسہ کے نسبت کم فعال ہونے کا امکان ہوتا ہے اور کچھ زمانہ  
گزر جانے کے بعد ممکن ہے کہ یہ تہج محسوس ہی نہ ہو۔ چنانچہ اس خواہش کا دبانہ اور اس کے  
احساس سے بے اعتنائی کرتا قبض کے عام اسباب ہیں۔ کام پر جانے کے لئے جلدی  
کرنے والے اشخاص کی حالت میں عدم فرصت بڑے مکافوں میں یا لڑکیوں کے

دیسوں میں جھوٹی شرم، بڑے دفاتر میں جگہ کا کافی ہونا اور بہت سے لوگوں میں محض کالمی یہ اس کا سبب ہوتے ہیں، چنانچہ اس عمل کو ملتوی کر دیا جاتا ہے یہاں تک کہ پابندی وقت کی عادت بالکل چھوٹ جاتی ہے، براز دو یا تین دن بلکہ ایک ہفتہ تک محسوس رہتا ہے اور پھر صرف ملین ادویہ یا حقنہ کے استعمال سے افراغ حاصل کیا جاسکتا ہے۔

عسبر تبرز کا ایک دوسرا سبب ان ارادی عضلات کی کمزوری ہے جو افیہ شکم کو بھینچتے ہیں اور قولون سے معاز متقیم کے اندر اور معاز متقیم سے مبرزی گذرگاہ کے آریا براز کے گذرنے میں مدد ہوتے ہیں۔ یہ شقی عضلات شکم ڈایا فرام عضلہ رافع المبرز اور حوضی فرش کے دوسرے عضلات ہیں۔

اگر غیر شفاف خوراک کا بیشتر حصہ اس کے کھانے کے چوبیس گھنٹے بعد حوضی قولون اور معاز متقیم میں پہنچ گیا ہے اور اگر باوجود اس کے تبرز کی خواہش نہ ہو تو عسبر تبرز کی تشخیص قائم کی جاسکتی ہے۔

براز کے گذرنے میں میکانیکی روکاؤ میں جیسے کہ قولون کا ضغط یا مٹنی، براز کی سخت گٹھلیاں، بالید کی وجہ سے تضیق، عضلہ عاصرة المبرز کا شنج، اور قولون کا شنج (یعنی وہ حالت جسے شنج الامعاء: entrosasmus کہتے ہیں) بڑی آنت کے کسی بھی حصہ میں تاخیر واقع کر سکتی ہیں۔ ان میں بعض حالتیں بلند درجہ میں مکمل تسد پیدا کر دیتی ہیں۔

علامات۔ اگر آنتوں کو اپنے حال پر چھوڑ دیا جائے تو ان کا عمل معینی اجابت دو تین چار یا زیادہ دنوں کے وقفہ سے ہوتی ہے۔ قولون یا معاز متقیم برازی مافے کی سخت گول گٹھلیوں (سڈوں) سے پُر ہو جاتی ہے جو کمیت قدر پھیکے رنگ کی ہوتی ہیں اور باہم پیوستہ ہو کر تودے بنا دیتی ہیں۔ پاخانہ پھرنے کی خواہش کا نتیجہ پہلے شاید یہی ہوتا ہے کہ کانکھنے کی کوشش ہوتی ہیں جو غیر موثر ثابت ہوتی ہیں۔ لیکن بالآخر کچھ سڈے نکلتے ہیں اور ممکن ہے کہ چند گھنٹوں کے اندر کچھ اور دو یا تین بار مکرر نکلیں یہاں تک کہ نیچے والی آنت خالی ہو جائے۔ اس کے بعد کئی روز کے دوسرے عرصے تک آنت غیر فعال رہتی ہے یعنی اجابت نہیں ہوتی۔ اس احتباس کے دوران میں ممکن ہے کہ مریض مختلف الاقسام کی بے آرمیاں محسوس کرے۔

مقامی طور پر ممکن ہے کہ عجان میں پُری یا بھاری پن کا احساس ہو یا اُسے مہزری خارش کی شکایت ہو۔ اور ممکن ہے کہ اُور وہ باصوری پھول جائیں اور بوا سیر پیدا ہو جائے بعض اوقات اعصابِ حوض پر برازی تو دونوں کے دباؤ کی وجہ سے نیچے رانوں تک درہ ہوتا ہے۔ اکثر شکم میں اوسط درجہ کا تمدد ہو جاتا ہے جس کے ساتھ شاید ریحیت اور ڈکاریں بھی ہوں۔ زبان اکثر فرار، پیدی مائل یا میلی بھوری ہوتی ہے، اور ممکن ہے کہ سانس میں بدبو ہو۔ بعض مریضوں میں کُستی اور پریشانی کا حال ہوتا ہے، چستی یا ناز کی مفقود ہو جاتی ہے اور حقیقی درہ سر ہوتا ہے، یا یہاں تک ہوتا ہے کہ بہت زیادہ ذہنی انخفاض ہوتا ہے۔ بعض اصحاب ان علامتوں کو اور بہت سی دوسری علامتوں کو امعار کے مافیہا کی ست رفتاری یا معویہ رکود یرمکول کرتے ہیں (ملاحظہ ہو صفحہ 360)۔ لیکن یہ یاد رکھنا چاہئے کہ اکثر قبض جبکہ زیادہ عادی ہوتا ہے عام اختلال اُسے قدر کم ہوتا ہے۔ اور بہت سے لوگوں میں باوجود اس کے کہ انھیں آخری تفریق بہت دن پہلے ہوئی تھی خود میں کسی خرابی کا احساس نہیں ہوتا۔

جہاں براز معاً مستقیم میں محسوس ہو جاتا ہے آخر اند کر اُسے جگہ دینے کیلئے بے انتہا قمع ہو جاتی ہے۔ براز کی وہ حالت کہ جبکہ اس کے سدے بن جاتے ہیں اس طرح پیدا ہوتی ہے کہ وہ قولون میں محسوس ہو جاتا ہے اور اس احتباس کے دوران میں اس کے اندر جو کچھ پانی موجود ہوتا ہے اُس میں سے زیادہ تر کے جذب ہو جانے کا موقع پیدا ہوتا ہے۔ اُس وقت بھی جب کہ معاً مستقیم سدوں کے تو دونوں سے پُر ہو کر تپتی ہوئی ہو، مہز سے کسی قدر برازی سیال خارج ہو سکتا ہے یا مخاط کے افزائ کی تحریک ہو سکتی ہے اور ممکن ہے کہ ان مایعات کے اخراج سے اسہال کی مشابہت ہو جائے۔ نسبتاً زیادہ وسیع نازلہ الہیاب قولون اور برازی قرح بھی قبض سے پیدا ہو سکتے ہیں۔

حوضی قولون کے اندر برازی مادے کا اجتماع ممکن ہے ایسا ہو کہ وہ شکم کے حصہ زیریں میں ایک بڑی رسولی بنا دے جس کا امتیازی خاصہ یہ امر ہے کہ اٹھکی کے سخت دباؤ سے اُس میں گڑھا پڑ سکتا ہے۔

علاج۔ مجلایہ کہا جاسکتا ہے کہ قولونی رکود کا علاج غذا کے ذریعہ سے اور شدید تر درجوں میں دلک شکمی ورزشوں اور ادویہ سے کرنا چاہئے، اور غیر تیز کا علاج ترغیب اور ورزشوں سے، اور شدید تر درجوں میں درجہ دار حقنوں سے۔ یہ یاد رکھنا چاہئے کہ بعض مریض ہر دوسرے یا تیسرے روز پانا خانہ جانے کی صورت میں بچلے چنگے رہتے ہیں۔

مریض کو روزانہ پابندی وقت کے ساتھ اور بلا مہلت کئے پانا خانہ جانا چاہئے خواہ اسے اس وقت حاجت معلوم ہو یا نہ ہو اور اس طریقہ کو بقیہ زندگی بھر ایک عادت کے طور پر جاری رکھنا چاہئے، لیکن ممکن ہے کہ اس طرز عمل کے عمدہ اثرات کا پورا اظہار مہینوں کے بعد ہو۔ غیر تیز کی حالت میں اگر دودھ وضع اختیار کرنی چاہئے غذا کی ترمیم اس نہج پر کرنی چاہئے کہ اس میں کافی سبزیاں، ترکاریاں، تازہ یا مصنون پھل، یا سلا دمعہ سلاہ کے تیل کے مشاغل ہوں۔ لال روٹی (brown-bread) بٹے چھنے آٹے کی روٹی، یا بٹے کے ذلئے سے بعض اوقات آنتوں کو مطلوبہ تہیج حاصل ہو جاتا ہے۔ غذا کافی مایع بھی ہونی چاہئے، اور بعض لوگوں میں ناشتہ سے پہلے ایک گلاس ٹھنڈا پانی پینے یا ایک سیب کھالینے سے روزانہ ایک اجابت ہو جاتی ہے۔ حریص قولون کی امواتوں میں دلیئے، آلوؤں یا دم پنخت کردہ پھلوں میں جذب نا پذیر پے ہوئے اگار اگار (agar agar) کے ایک دو چھوٹے ٹیچے ملا لینا مفید ہوتا ہے۔

ان لوگوں میں جو نقل و حرکت کم کرتے ہوں اور گھر میں بیٹھے رہنے کی عادتیں رکھتے ہوں چلنے کی ورزش، شمشیر بازی، گھوڑے کی سواری، گاڑی کی سواری یا گاڑی ہانکنا اکثر مفید ہوتا ہے یا سوڈش ورزشوں سے عضلات شکم کو خاص طور پر ورزش کرنی چاہئے اور قولون کی مالش اس خط کے طول میں کی جائے جو غیر شفاف خوراک کے بعد لاشعاعوں سے ظاہر ہوا ہو۔ عورتوں میں فرش حوض کو ورزش کرائی جائے 359  
یعنی مریضہ کو کہا جائے کہ وہ صبح و شام مہر کو تیس بار اندر کھینچے اس طرح جس طرح کہ رنج کے اخراج کو روکنے کے لئے کیا جاتا ہے۔

لیکن بایں ہمہ ممکن ہے کہ پھر بھی ادویہ کے استعمال کی ضرورت پڑے،



اور ان کے انتخاب میں احتیاط اور غور کی ضرورت ہے۔ عام طور پر نہایت تیز یا شدید الفضل مسہلات سے پرہیز کیا جائے، کیونکہ ان سے بہت سے پتلے دست ہو جاتے ہیں، جن کے اثر سے عمومی عضلہ کلی طور پر خستہ ہو جاتا ہے اور نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ بعد میں کئی دن تک کوئی تفریح نہیں ہوتی۔ لیکن یہ پہلے ہی بتلایا گیا ہے کہ قبض کا انحصار حرکت دہوی کی قلت پر ہوتا ہے، ایسا اسلئے حد سے زیادہ پیچ اور خشکی سے حاصل طور پر احتراز لازم ہے۔ اس نقطہ نظر سے اس سے بہت فائدہ حاصل ہوتا ہے کہ معمولی طبیعات کے ساتھ ایسی دوائیں بھی شریک کر دی جائیں جو عمومی عضلہ پر مقوی اثر رکھتی ہوں۔ یہ بالخصوص کچلا اور لوہا ہیں۔ سنسکی پھلیاں جنہیں چند گھنٹے ٹھنڈے پانی میں بھگو رکھا اور پھر پیا جاتا ہے، ایک مفید طبیعت ہیں۔ کاسکیرا سیگریڈا (cascara sagrada) کا مائع خلاصہ ۲۰ یا ۳۰ قطرہوں کی مقداروں میں شربت رنجبیل (syrup of ginger) کے ساتھ شریک کر کے، یا اس کا خشک خلاصہ ۲ یا ۳ گرمین کی مقداروں میں گولی کی صورت میں روزانہ شب کے وقت دیا جاسکتا ہے۔ خالص لکڑ پیرافین، حالت مرض کی ضروریات کے لحاظ سے ۱۶ اونس تا ۱ اونس کی مقداروں میں روزانہ ایک یا دو بار دیا جاسکتا ہے۔ الالین (aloin) یا ۱۶ گرمین او کچلے کا خلاصہ ۱۶ یا ۱۶ گرمین، ایک کارگرا متزاج ہے، جس کا استعمال صبح کے وقت ناشتہ سے پہلے کرنا چاہئے۔ بعض اوقات اس کے ساتھ خلاصہ لفلح (extract of belladonna) ۱۶ گرمین، یا عرق الذہب (ipecacuanha) ۱۶ گرمین شامل کر دینا مفید ہوتا ہے۔ سلفیٹ آف آئرن (sulphate of iron) (اگرین) الالین اور کچلے کے ساتھ بھی نہایت مفید ہوتا ہے۔ اگر روزانہ ایک گولی ناکافی ہو تو دو بلکہ تین گولیاں لی جاسکتی ہیں۔ لیکن بہر صورت اصل علاج یہ ہے کہ فعال اسہال سے پرہیز کرنا چاہئے اور جیسے ہی کہ اس کے پیدا ہونے کا امکان معلوم ہو روزانہ تین گولی کو گھٹا کر دو یا دو سے ایک کر دینا چاہئے۔ اور آخر کار آنتوں کا فعل یعنی اجابت بلا کسی قسم کی خارجی مدد کے خود ہونے لگے۔ بعض مادیات کی حالتوں میں یا شکی عملیات کے بعد ایسیرین سلی سیلیٹ (eserine salicylate) یا ایکوٹرین (pituitrin) کا تحت الجلدی اثر کیا جاسکتا ہے۔ قدرتی نمکین پانی (natural saline waters) جیسے کہ رویناٹ

(Rubinat) پولنا (Pullna) ہیناڈیکوس (Hunyadi Janos) (ہن میں منیسیم اور سوڈیم کے سفیش موجود ہوتے ہیں) اور کارلس باڈ (Carlsbad) (جو خاص کر سلفیٹ آف سوڈیم ہے) جب کبھی دستیاب ہو سکیں مفید ہوتے ہیں۔ انہیں مدیض ناشتہ سے پہلے ایک واٹن گلاس بھر سے لے کر ایک نصف ٹمبلر تک لے سکتا ہے۔ کارلس باڈ کے نمک جو مختلف چشموں کے پانی سے نکالے گئے ہوں یا خود سلفیٹ آف سوڈیم بھی دے سکتے ہیں۔ آدے ٹمبلر گرم پانی میں ایک چھوٹا چمچ بھرنک حل کر کے ناشتہ سے پہلے پی لینا چاہئے۔ علاج کے آغاز میں آنت کے اندر بالخصوص سمار مستقیم میں جو مفتحات (aperients) کے راست عمل کے نقطہ سے نیچے ہوتی ہے براز کا اجتماع ہوتا ہے اس لئے اکثر ٹھنڈے پانی کے حقنوں کی ضرورت ہوتی ہے۔ جب براز کا ایک بڑا اجتماع واقع ہو گیا ہو تو ممکن ہے کہ حقنہ کے ساتھ انگلی کی مدد سے بھی کام لینا پڑے۔ اس کے بعد چند روز تک حقنہ کا استعمال جاری رکھنا چاہئے تاکہ زیادہ قدرتی طریقہ قائم ہونے تک اس سے آنت کو تحریک حاصل ہوتی رہے۔ اس عسر و تبرز میں جو ترغیب اور ورزشوں سے شفا یاب نہ ہو گلیسرین کے درجہ دار حقنہ آزمائے جاسکتے ہیں۔ انہیں ایک اونس گلیسرین سے شروع کرنا چاہئے اور تدریجاً گلیسرین کو کم کرتے ہوئے اس کے بجائے پانی کی مقدار دن بدن زیادہ بڑھاتے رہنا چاہئے۔

## قتال غذائی تسمم الدم

(alimentary toxæmia)

قتال غذائی تسمم الدم سے مراد خون کے اندر آن سموم کا جذب ہونا ہے جو قتال غذائی سے اخذ ہوتے ہیں۔ اب یہ یقین زیادہ مستحکم ہوتا جا رہا ہے کہ کثیر التعداد غذائی امراضیاتی حالتیں بلکہ صریح امراض بھی اسی تسمم الدم کے باعث ہوتے ہیں۔ مگر اس سے پہلے کہ یہ نظریہ بالکل سائنٹیفک بنیاد پر قائم کر دیا جاسکے بہت سی مشکلوں پر غالب آنا پڑے گا۔ فی الحال ہم اس سے اور کچھ زیادہ نہیں کہہ سکتے کہ وہ علاج جو اس مفروضہ پر مبنی رکھا گیا اکثر کامیاب ثابت ہوا۔ ظاہر ہے کہ سبب اور نتیجہ کی درمیانی کڑیوں کا پتہ لگانا ہمیشہ آسان نہیں ہوتا۔

اولاً ممکن ہے کہ ان سموم کا منبع وہ عضویات ہوں جو باہر سے داخل ہو جاتے ہیں جیسے کہ عفونت دہن (oral sepsis) کی صورت میں کہ جس کا تذکرہ پہلے ہو چکا ہے۔ (ملاحظہ ہو صفحہ 321) اور ایسی صورت میں جوئے خون کے اندر بنقات سببیہ داخل ہو جاتے ہیں یا وہ خرد عضویات جو دانتوں کے خانوں (sockets) سے آتے ہیں متواتر نکل جاتے ہیں اور مرض کا باعث ہوتے ہیں۔ یہ غذائی نشتے کے مختلف حصوں میں جا کر جمع ہو سکتے ہیں اور وہاں سرائتیں پیدا کر دیتے ہیں۔ حال ہی میں رثیت نما التهاب مفصل (rheumatoid arthritis) اور التهاب عظمی مفصلی (osteo-arthritis) کی بعض اقسام اسی سبب کی طرف منسوب کی گئی ہیں۔ دوسرے ممکن ہے کہ دراصل خود غذا ہی میں زہر موجود ہوں یا پروٹینز بمقدار کثیر موجود ہوں جو تحلیل ہو جائیں یا کاربوہائیڈریٹس بمقدار کثیر موجود ہوں جن میں تخمیر پیدا ہو جائے۔ اور توہم ممکن ہے کہ عاداتی قبض کے نتیجہ کے طور پر غذا ایسا یوں کہنا زیادہ موزوں ہو گا کہ براز بہت عرصہ تک محبوس رہے یہاں تک کہ اس میں براشیمی یا کیمیائی تغیرات نمودار ہو کر سموم یا زہری کیمیائی اشیاء پیدا ہو جائیں (معیوی سرکود)۔

معلوم ہوتا ہے کہ ہضم کے پیچیدہ اعمال جو قنال غذائی میں معدے سے معائنہ تک (بشمول ہر دو) واقع ہوتے رہتے ہیں اور تاخیر و اختلال کے وہ امکانات جو ایک ایسے تذیل کہف میں موجود ہیں، کیمیائی زہروں یا سموم کی تھوہن کے لئے، اور دوران خون کے اندر ان کے داخلہ کے لئے وافر موقع بہم پہنچاتے ہیں۔ لیکن ابتدائی شاید یہ صرف جدید زہروں یا سموم کی پیدائش کا ہی سوال نہیں ہوتا بلکہ اس میکانیت ٹوٹ جانے کا بھی سوال ہوتا ہے جو غذائی قنال یا دوسرے مقامات کے زہروں کو خون کے اندر داخل ہونے سے طبعاً روکتی ہے۔ یہ میکانیت ہضمی افرازات مخاطی اغشیہ اور ان کا محاطہ بکتر کا منع سمیت فعل اور ممکن ہے کہ غده ورتی کا فعل ہے۔

لیکن یہ غیر یقینی معلوم ہوتا ہے کہ آیا وہ جراثیم جو عموماً آنت کے اندر پائے جاتے ہیں کوئی حقیقی نقصان کرتے بھی ہیں یا یہ کہ وہ کن حالات میں ایسا کرتے ہیں۔ اور کیمیائی کے متعلق یہ ہے کہ ابھی بہت کچھ جاننا باقی ہے، کیوں کہ بعض اصحاب تو ایٹم (indol)، اسکینال (skatol) اور فینال (phenol) کی تھوہن اور انھیں بکتر

(ethereal sulphates) کی زائد کمین کو بہت اہمیت دیتے ہیں اور دوسرے اصحاب جیسے کہ میلان بی (Mellanby) امائنس (amines) میں بہت خطرہ دیکھتے ہیں، جو کہ اس وقت پیدا ہوتے ہیں جب کہ معوی جراثیم کی وساطت سے پروٹین پاش امینو ایسڈز سے ان کی کاربن ڈائی آکسائیڈ الگ ہو جاتی ہے۔

غذائی قسم کی ان امینوں پر رائے زنی کی چنداں ضرورت نہیں۔ جن میں نوعی عصبیت موجود رکھنے والی تحلیل پذیر غذا کا اذخاں ہو جاتا ہے اور اس کے اثر سے علامات پیدا ہو جاتے ہیں۔

نقرس (gout) اور اس سے مائل حالتیں ایسی غذا کے طویل استعمال کی طرف منسوب کی جاتی ہیں جس میں پروٹینز کی مقدار بہت زیادہ ہو، لیکن یہ امر ابھی تک معرض بحث میں ہے کہ آیا ایسا اس وجہ سے کیا جاتا ہے کہ پروٹینز جلد تحلیل ہو جاتے ہیں یا آیا خرد عضویہ پروٹینز کے ساتھ کوئی تعلق رکھتے ہیں؟ یا آیا جراثیمی سموم یا دوسرے کیمیائی مرکبات جیسے کہ پورینس (purins) یہ فساد پیدا کر دیتے ہیں۔ اسی طرح ممکن ہے کہ کاربوہائیڈریٹس کی زیادتی بچوں میں ایک سخی حالت پیدا کر دے، جیسے تپ، متلی، ہری اجاتوں کے ساتھ اسہال اور تمد و شکم موجود ہوتے ہیں۔ معلوم ہوتا ہے کہ بعض جلدی ثورات کا انحصار معدی معوی بے قاعدگیوں پر ہوتا ہے، مثلاً سیپ دار مچھلی کھانے کے بعد شدید شری (acute urticaria) پیدا ہونا، خواہ یہ راست قسم کے باعث ہو یا جیسا کہ بعضوں کا یقین ہے، استہفاف کی ایک مثال ہو۔

تھوڑے عرصہ سے تیسرا جزو عامل دلچسپی کا مرکز بن گیا ہے، یعنی مزمن قبض یا معدی رکود جو احتباس براز پیدا کر دیتا ہے، سر آرٹھ ناٹ لین (Sir Arthuthnot Lane) نے اس احتباس کی طرف بہت سے خراب نتائج منسوب کئے ہیں۔ اس کا کہنا ہے کہ ابتدائی زندگی میں نامناسب غذا دینے سے اور انتصابی وضع قائم رکھنے سے آنتوں میں لٹک پڑنے کا رجحان پیدا ہو جاتا ہے، اور یہ کہ ان کو سہارا دینے کے لئے مختلف حصوں میں باریطونی انفصامات بن جاتے ہیں، اور یہ کہ ازاں بعد مسلسل احتباس کی وجہ سے اور مجبوس برازی مائوس کے زائد بوجھ کی وجہ سے لفافنی کے آخری سرے پر اور اثنا عشری میں شنیات بن جاتے ہیں، جو احتباس کو اور بھی بڑھا کر اس سے اوپر کے

حصوں کا اتساع پیدا کر دیتے ہیں اور ساتھ ہی تمام احشاء کا عمومی متوہاجی ہوتا ہے۔ اس معوی رکود کے نتیجہ کے طور پر جو برازی مادہ اس طرح مجموعی ہو جاتا ہے اس سے سہیات پیدا ہو جاتے ہیں جو مقامی اور عمومی دونوں طرح سے مضر اثر رکھتے ہیں۔ مقامی نتائج حسب ذیل کہے جاتے ہیں :- التهاب زائدہ دوویہ (appendicitis) 'شناعشری قرح' شنج نواب (spasm of the pylorus) معدی اتساع (gastric dilatation) 'معدی قرح' معدے کا سرطانی ملمع اور جو فیسی سیلان ریم (pyorrhoea alveolaris)۔

مریض کی عام حالت میں اس معوی رکود سے جو ستم پیدا ہو جاتا ہے وہ اسے جسم کی ہر بافت میں محسوس ہوتا ہے :- ہاتھ ٹھنڈے دوران خون ناقص چہرے کا رنگ کسبایا ہی مال چہرے اور بدن کی لونیت، صلیبہ کا دھندلا پن اور طمخہ کا تہنج، ذہنی سستی، انخفاض، دوسرے جوانی، جسمانی یا دماغی محنت کی ناقابلیت، وجع العصب وہ بیان کرتے ہیں کہ اس کے اثرات عورتوں میں بالخصوص متلف ہوتے ہیں :- چربی کم ہو جاتی ہے، گردے ٹٹک پڑتے ہیں، رحم پس خمیدہ ہوتا ہے، پستان کا دویری مرض (cystic disease) اور سرطان پیدا ہو جاتا ہے، اور تناسلی بولی خطے کی سرایت آسانی واقع ہو جاتی ہے۔

361

لیکن یہاں اس کا اعتراف ضروری ہے کہ دوسرے مشاہدین یہ یقین نہیں رکھتے کہ مزمن معوی رکود دراصل اس قدر خراب تلخ پیدا کر دیتا ہے۔ وہ یہ عقیدہ رکھتے ہیں کہ ایسے مریض جن علامات کی شکایت رکھتے ہیں وہ دراصل اس ہناکت اعصاب کے باعث پیدا ہو جاتے ہیں جو استبطان کی عادت کے باعث نمایاں ہو جاتی ہے اور بالخصوص انی آنتوں کے حرکات پر ہمیشہ مبالغہ کے ساتھ توجہ دینے سے۔

پروفیسر آر تھر کینتھ (Prof. Arthur Keith) معامیں رکود کے مبداء کے متعلق سر آر تھر ناٹ سے مختلف رائے رکھتے ہیں۔ معام اور معدے کے حرکات۔ لاشعاعوں کے ذریعہ مشاہدات اور آؤربک کے ضغیرے (Auerbach's plexus) اور متلازم معوی ساختوں کی خوردبینی تحقیقات کی بنا پر وہ یہ نظریہ پیش کرتے ہیں کہ حرکات دوویہ معوی قنال میں جداجدا نقطوں سے شروع ہوتے ہیں جو ان حرکات

لحاظ سے مندرجہ ذیل شعبوں میں تقسیم کئے جاسکتے ہیں :- اشعا عشری صامی لغائی، قربی قولونی اور بعدی قولونی۔ ان میں سے ہر شعبہ میں حرکت دود یہ بالائی سرے پر زیادہ فاعلی اور جوں جوں وہ نیچے کے طرف بڑھتی ہے نسبتہ کم فاعلی دیکھی گئی ہے چنانچہ نیچے کے سرے پر ایک ایسی حالت پیدا ہو جاتی ہے جو عضلہ عامرہ کے فعل سے مماثل ہوتی ہے۔ کیونکہ ان میں سے ہر شعبہ کے بالائی سرے پر قلب کی جوفی اذینی گروہ (sino-auricular node) سے مماثل ایک عصبی عضلی بافت تسلیم کرتا ہے جسے وہ اسی واسطے کو بیجی بافت کے نام سے موسوم کرتا ہے۔ اور ماساریقی (ہاوز بیک کے) ضغیرے کو وہ اذینی بطنی ندل (auriculo-ventricular bundle) کا مثیل تصور کرتا ہے۔ وہ خیال کرتا ہے کہ ان میں سے کسی ایک شعبہ کے طول میں اس کی بالائی گروہی بافت سے نیچے کے طرف صدات کے بانظم انتقال میں تغیر و تبدل ہونا مستلزم شعبہ میں محوی رکود کی توجیہ کر سکتا ہے بنیر اس کے کہ تیر کی بیان کردہ انضمامات بندوں اور ثنیات کی ضرورت ہو۔ وہ اس عقیدے کی طرف میلان رکھتا ہے کہ ممکن ہے کہ علی الترتیب مری اور معدے میں بھی اسی سے مشابہ عصبی عضلی بافت اسی طریقہ پر فعل کرتی ہو۔

طلاج نہایت کامل طور پر اور طبی اصول کے مطابق غذا، مہملات اور دوری تہ بیروں کے ذریعہ سے اسی طرح پر کرنا چاہئے جیسا کہ ”قبض“ کے عنوان کے تحت بیان کیا گیا ہے۔

## اسہال

(DIARRHŒA)

اسہال سے یہ مراد ہے کہ اجابتیں معمول کے نسبت زیادہ بار بار اور زیادہ تپلے قوام کی ہوں۔ یہ زائد حرکت دود یہ اور زائد محوی افراز یا قلیل جذب کا نتیجہ ہوتا ہے۔ اس کے اسباب کی جماعت بندی حسب ذیل ہو سکتی ہے :- (۱) محملہ زاد۔ اکثر کم نمک ترشگی ہوتی ہے اور ممکن ہے کہ ۲۰ یا ۳۰ قطرے مرقق ترشہ نمک دن میں تین بار دینے اسہال رک جائے۔ معدی صامی تقویہ کے بعد اسہال ہو سکتا ہے۔ (۲) چھوٹی آفت کی

سراپت جیسی کہ نازلی التہاب امعاء، تپ محرقہ اور تدرن میں ہوتی ہے، اسہال کا سبب ہو سکتی ہے۔ تدرن میں پاخانوں کی نابینگی اور غیر ہضم شدہ نوعیت کی جذب کی وجہ سے ہو سکتی ہے۔ مرض شکمی (celiac disease)، مزمن التہاب البلبہ (chronic pancreatitis)، سپرو (sprue) اور مرض چربشی (lardaceous disease) اسہال بھی ہوتا ہے۔ (۳) قولون اور معاء مستقیقہ میں اسہال کے اسباب کثیر التعداد ہوتے ہیں، جن میں مندرجہ ذیل شامل ہیں: - زحیرات (dysenteries)، تقرجی التہاب قولون، حار التہاب قولون جو اکثر عفونت اے دمویہ کے ساتھ مثلاً منقہ ریوی کے ساتھ متلازم ہوتا ہے، مزمن التہاب گردہ کا قولونی التہاب، خبیث مرض، وہ خراش جو مہملات اور حقنوں کے بیجا استعمال کے بعد پیدا ہو جاتی ہے۔ (۴) معکوس اسہالات التہاب مراءہ (cholecystitis) اور التہاب زائدہ وودیہ (appendicitis) سے پیدا ہو جاتے ہیں۔ (۵) عصبی نظام جذبات یا ہیٹیریا کے ذریعہ سے اسہال پیدا کر سکتا ہے، اور اسہال کی ایک شذ قسم ہے جو نرل نخاعی (tabes) کی وجہ سے پیدا ہو جاتی ہے۔ (۶) ایک مخلوط گروہ ہے، جس میں مرض گرے (Grave's disease) کا اسہال اور انسولین (insulin) کی زیادتی سے پیدا ہو جانے والا اسہال شامل ہے۔

یہ یاد رکھنا چاہئے کہ تھوڑی تھوڑی مقداروں میں امعات کا بار بار خارج ہونا بذاتہ یہ ظاہر نہیں کرتا کہ آنت کی قنال کھلی ہے۔ مثلاً انما دموی کے ساتھ جو آنت میں ایک جزئی تسد پیدا کرتا ہے، مخاط اور خون کا اخراج ہو جاتا ہے۔ مخاط آمیز برازی سیال، مغروز برانک کے نہایت بڑے بڑے تودوں میں سے رستا جو اینچے جاسکتا ہے۔ اور سب سے آخر میں ملن ہے کہ ایک واضح طور پر منقبض آنت بھی اس پتلے مائع میں سے جو تسد کے اوپر جمع ہو جاتا ہے، کی مقدار مقدار تسد کے وار پار گزرنے سے، اور سطح اسہال کا اشتباہ پیدا ہو جائے۔ ان کو اسہالات کاذب کہتے ہیں۔

اقسام۔ ان مادیوں کی نوعیت کے لحاظ سے جو خارج ہوتے ہیں، اسہال مختلف نام رکھے گئے ہیں۔ مثلاً ایک اسہال ہیضوی (choleraic diarrhoea) ہوتا ہے، جس میں دست بڑے بڑے اور پانی جیسے، یا پاؤں کی بیج جیسے ہیضہ کے

کی طرح ہوتے ہیں۔ یا سرخچیری اسہال (dysenteric stools) جس میں مخاط بڑی مقدار میں اور شاید خون بھی موجود ہوتا ہے۔ اسہالِ خلغی (lienteric diarrhoea) جس میں معدے میں غذا پینچتے ہی پاخانہ ہو جاتا ہے۔ یہ غالباً طبعی معدی قولونی معکوسہ کی زیادتی کی وجہ سے ہوتا ہے (50)۔ اور اسہالِ صفراوی (bilious diarrhoea) جب کہ خارج شدہ مادے ایک بھورے یا سبز یا مائل بھورے رنگ سے گہرے لٹون ہوں جو صفرا کی مقدار میں کوئی زیادتی ہونے کے باعث اتنا نہیں ہوتا جتنا کہ اس سبب سے کہ اشنا عشری اور صائم کے مافیہ جو صفرا سے لٹون ہوتے ہیں، غذائی قتال میں سے سرعت کے ساتھ گزر گئے ہیں اور صفرا کے متغیر شدہ لٹون (یعنی یورو بائلین - urobilin) کے قدرتی باز جذبہ کیلئے وقت نہیں ملا ہے۔ اسہالِ ذوبانی (colliquative diarrhoea) کی اصطلاح اُن کثیر المقدار خستگی پیدا کرنے والے اور دشوار علاج دستوں کے لئے استعمال کی جاتی ہے، جو سِل ریزی کے آخری درجوں میں ہوا کرتے ہیں۔ اسہالِ بحرانی (critical diarrhoea) کی قدیم اصطلاح اس اسہال کے لئے ہے جو ذات الریہ کے ایسے اختتام کے ساتھ ہوا کرتا ہے جو بحران کے ذریعہ سے ہو۔ یہ اسہال غالباً ایک متلازم معوی قولونی التهاب کے سبب سے ہوتا ہے۔

**علاج۔** اس کا انحصار سبب پر یا متلازم حالت پر ہونا چاہئے۔ بیشتر امابتوں میں جو نوعی نہوں، وہی علاج اختیار کیا جاسکتا ہے جو التهابِ امعاء کے تحت بیان کیا گیا ہے۔ اسہالِ خلغی کا علاج پوٹاشیم برومائیڈ (potassium bromide) کی پوری مقداروں سے کیا جائے، کیونکہ اس کا انحصار ایک بالعدہ امیز معوی معکوسہ پر ہوتا ہے۔

## نزفِ معوی

(HEMORRHAGE FROM THE BOWEL)

پہلے تذکرہ کیا گیا ہے کہ معا، مستقیم کی راہ سے خون کا نکلنا تپِ معویہ میں اور



معدی اور اشنا عشری قرصہ میں دیکھا جاتا ہے۔ یہ دوسرے تقرقات (مثلاً زحیر اور تقری) التباب قولون، انتقاد الامعاء، سگماؤ اور معاد مستقیم کے سرطان، شدید املا کی اصابت، ماساریقی عروق کی سدا دینت یا طغیث پر پھورا اور دموی۔ من کی دوسری اصابتوں کا بھی نتیجہ ہو سکتا ہے۔ مگن ہے کہ اس امر سے کہ خون اس طور سے آتا ہے اس کا کچھ پتہ لگ جائے کہ وہ کہاں سے آرہا ہے۔ معدی اور اشنا عشری قرصہ کے ادما میں خون افزا زات سے بہت کچھ متغیر ہو جاتا ہے اور ایک سیاہ، کوتار کا سانیم مانع یا راب جیسا تو وہ بنا دیتا ہے (براز دھرا لا سود)۔ ٹائیفاڈی قروح سے جو نزف ہوتا ہے سابق الذکر حالت کی طرح اس میں بھی خون براز کے ساتھ غیر مخلوط ہوتا ہے، مگر وہ نسبتاً زیادہ شوخ سرخ رنگ کا اور قلوبی مافیہ کے فعل کی وجہ سے زیادہ سیاہ ہوتا ہے۔ زحیر میں خون دھاریوں یا چھوٹے تھکوں کی صورت میں مخاط یا ریم کیساتھ یا رقیق برازی مادے کے ساتھ مخلوط ہوتا ہے، اگرچہ مگن ہے کہ وقتاً فوقتاً خالص خون کی تھوڑی تھوڑی مقداریں بھی خارج ہوں۔ خون کی بڑی مقداریں بوا سیر سے یا معاد مستقیم کے قرصہ سے ضائع ہوتی ہیں۔ یہاں ادما عموماً تبرز کے فعل سے واقع ہو جاتا ہے۔ اور یہ خون یا تو ٹھوس برازی تو وہ کی ایک جانب پر دھاریاں بنا دیتا ہے یا پانانہ خارج ہو جانے کے بعد کم و بیش خالص قطروں یا دھار کی صورت میں نکلتا ہے اور الحفری (scorbutic) 'پریٹوری' اور نزفی حالتوں (اسکروی، نزفی پر پھورا) جگر کے حاد زرد بول: acute yellow atrophy، خبیث جھک: malignant varicella) میں خون معاد مستقیم سے اس طرح آتا ہے کہ وہ (معا کے اس حصے کے لحاظ سے جہاں سے کہ وہ نکلتا یا اس آزادی کے لحاظ سے جس سے کہ وہ خارج ہو) ہمیشہ براز کے ساتھ مخلوط یا خالص حالت میں ہوتا ہے۔ خون کی قلیل مقداروں کی تشخیص کے متعلق پہلے غور کیا گیا ہے (لاحظہ ہو صفحہ 330) نزف کا علاج ان مختلف امراض کے ساتھ دیا گیا ہے جو اسے پیدا کر سکتے ہیں۔

# قولنج

(COLIC)

اگرچہ قولنج کی اصطلاح لفظ قولون سے ماخوذ ہے، اس سے مراد وہ شخص درجہ شکم ہے جو حشائی مبداء رکھتا ہے۔ وہ اس زبردست دودی الحریکت انقباض سے پیدا ہوتا ہے جس کو اس وقت جب کہ وہ غذا پر سے گذر رہا ہو کوئی مزاحمت روک دے۔ قولنج غالب میں ہو سکتا ہے (قولنج کھری = renal colic) یا صفراوی قناتوں میں (صفراوی یا کبدی قولنج = biliary or hepatic colic) یا امعاء میں (معی قولنج = intestinal colic)۔

بحث اسباب۔ معوی قولنج کا ایک عام سبب خراش اور اذنا سناغذ یہ ہیں جیسے کہ لحم خنزیر، پنیر، ہرن نیل گائے وغیرہ جیسے شکاری جانوروں کا ثقیل گوشت، سیب دار، مچھلی، بریلے مشروبات وغیرہ۔ بچوں میں قولنج غیر مضبوط غذا کا بلکہ سادہ بسیار خوری کا عام نتیجہ ہوتا ہے۔ اسی زمرہ میں زیادہ فاعلی مسہلات شمار کئے جاسکتے ہیں۔ اس کے برعکس قولنج کے ساتھ اکثر قبض متلازم ہوتا ہے، اور قسم رصاصی میں ایسا نمایاں طور پر ہوتا ہے خواہ یہ قسم حاد ہو یا مزمن (ملاحظہ ہو قسم رصاصی)۔ شاید بعض اسبابیں ایک خالصاً عصبی مآخذ کی طرف منسوب کی جاسکتی ہیں مثلاً ہزال نخاعی میں معدی بجران کا شدید درد۔ سب سے آخر میں آنت کے میکانی اور حاد التهابی ضررات جیسے کہ تخنیق اور انغداد الا معار شدید درد پیدا کر دیتے ہیں جو جزء یا بلکہ عضلی انقباض کے باعث ہوتے ہیں۔ تاہم قولنج کی اصطلاح عموماً ان حالتوں کے لئے محفوظ رکھی جاتی ہے جن میں کوئی تغیر ساخت یا التهابی تغیر نہ ہو۔

علامات۔ اہم علامت درد ہے جو ناف کے قرب وجوار میں ہوتا ہے لیکن شکم کے دوسرے حصوں میں اُدھر اُدھر پھر سکتا ہے۔ دبانے سے اس درد میں اکثر افاقہ ہو جاتا ہے، لیکن بعض اوقات الیمیت محسوس ہوتی ہے۔ شکم یا تو اندر بھنپا ہوا ہوتا ہے اور عضلات شکم منقبض ہوتے ہیں یا ریح کی موجودگی کی وجہ سے پیٹ متمد ہوتا ہے۔

جب ریج موجود ہوتی ہے تو اس وقت جب کہ اختلاف پذیر معوی شنج اُسے آگے دھکیلتا ہے اس کی حرکت سے قراقر پیدا ہو جاتے ہیں۔

مکن ہے کہ یہ درد اس قدر شدید ہو کہ بہت بہوٹ پیدا کر دے جس کے ساتھ پیچہ پاپسینہ بکثرت آئے اور نبض صغیر و ضعیف ہو۔ بعض اوقات قے موجود ہوتی ہے۔ اکثر قبض ہو کر رہتا ہے۔ اس کے برعکس بعض اغذیہ جو قولنج پیدا کر دیتی ہیں، ابتداءً غالی اسہال پیدا کر دیتی ہیں جس میں دست بھورے اور پانی جیسے پتلے ہوتے ہیں اور کچھ عرصہ کے بعد مخاط آتی ہے۔ یہاں قولنج ایک متعین کو خفیف التهاب امعاء کے ساتھ ملازم ہوتا ہے۔ زیادہ تیز مہلات بھی مڑوڑ اور "قولنج نما" درد پیدا کر دیتے ہیں جو عموماً برطرفی کے بعد کم ہو جاتے ہیں۔

تشخیص۔ قولنج کی کوئی ایک قسم شکم کے کسی حادثہ یا حاد التهاب یا حاد معوی تشدد کے دردوں کے ساتھ خلط ملط ہو سکتی ہے جو تمیز خصوصیات یہ ہیں:۔ مریض کی بے صبری، جس کی وجہ سے مکن ہے کہ وہ اپنے ہاتھ اور سر اور ہچک رہا ہو۔ اس کی خمیدہ وضع، کیونکہ شکم پر دباؤ پڑنے سے درد میں عموماً تخفیف ہو جاتی ہے۔ درآٹھا لیکہ دوران درد میں استواری کا ہونا عام ہے، درمیانی وقفوں میں ڈھیلا پن ہوتا ہے۔ مکن ہے کہ درد ایک مخصوص سمت میں جائے، بالخصوص کلوی اور صفراوی قولنج کی صورت میں۔

علاج۔ ظاہر ہے کہ شدید درد شکم کی اصابتوں کا علاج نہایت احتیاط کے ساتھ کرنا چاہئے۔ اگر درد یقینی طور پر خراش اور اغذیہ کی وجہ سے ہو تو عموماً ایسے مہلات کے استعمال سے افادہ ہو جاتا ہے جیسے کہ ایک اونس ارنڈی کا تیل (castor oil) ابوند صغیہ ایون (tinct. opii) کے ساتھ یا نصف اونس میگنیم سلفیٹ (magnesium sulphate) ۱/۲ ڈرام صغیر (tr. hyoscyani) کے ساتھ یا ہ گرین کیلومیٹ (calomel)۔ اور قولنج رصاصی (lead colic) کا بھی اسی اصول پر علاج کیا جاتا ہے (ملاحظہ ہو قسم رصاصی)۔ گرم پانی یا کیٹر آیل کا حقہ بھی مفید ہو سکتا ہے اور گرم تھکدات یا گرم پانی کی شیشی شکم پر لگانی چاہئے۔ نیز ۱/۲ تا ۱/۴ گرین پیپا ویرین ہائڈروکلورائڈ (papaverine hydrochloride) ایک دافع شنج (antispasmodic) کے طور پر براہ دمن آزمائی جاسکتی ہے۔ اگر ایسا کوئی شہ نہ

التهاب زائد، التهاب باریطون یا تہ وجود ہے تو مہلات سے احتراز کرنا چاہئے۔  
اور علاج بالعلمیہ کے مسئلہ کے متعلق غور کرنا چاہئے۔

## معوی التهاب

(ENTERITIS)

فناں غذائی کے مختلف حصوں کو موقوف کرنے والی ایسی کئی حالتیں ہیں جن کو فی الحقیقت معوی التهاب یا آنتوں کا التهاب کہا جاسکتا ہے۔ مثلاً وہ نازلی عمل جس سے اسہال کے بعض اقسام پیدا ہوتے ہیں۔ لفاغنی کے نذر فی اودما لفاغنی تقریباً۔ قولون کا وہ تقریبی التهاب جسے زحیر کہتے ہیں۔ اور وہ حادثات جو انعام الامعاء اور تخفیات کی وجہ سے شروع ہو جاتے ہیں فی الحقیقت سب کے سب معوی التهاب ہیں۔ لیکن ان میں سے بہتوں کو پہلے ہی ممیز نام مل چکے ہیں۔ دوسری حالتیں وہ ہیں جو محض ثانوی ہیں اور چند ہی علامات ایسی پیدا کرتی ہیں جو اولی عارضہ کی علامات سے ماورا ہوں۔ علاوہ ازیں دوسری حالتیں ایسی بھی ہیں جن میں آنت کے طبقات کے التهاب کے ساتھ ہی التهاب باریطون پیدا ہو جاتا ہے، جو غاطی طبقہ کے التهاب کے علامات کو بالکل پوشیدہ کر دیتا ہے۔ لہذا ان حالتوں کی تعداد جنہیں معوی التهاب کی حیثیت سے جداگانہ بیان کرنے کی ضرورت ہے، صرف تھوڑی ہی ہے۔ اگرچہ یہ ممکن ہے کہ اگر ہماری بہت سی معوی حالتوں (مثلاً اسہال) کے امراضیاتی پہلو پر صحیح طور پر غور کیا جائے تو ظاہر ہوگا کہ معوی التهاب کا نام بجا طور پر زیادہ کثرت سے استعمال کیا جاسکتا ہے۔

یہاں معوی التهاب کی مندرجہ ذیل قسمیں بیان کی جائیں گی۔ نازلہ

معوی التهاب (catarrhal enteritis) سببانی معوی التهاب (infantile enteritis)

enteritis، تسمم غذا (food poisoning)، اسپرو (sprue)،

دُفْتھیر یا ئی معوی التهاب (diphtheritic enteritis)، ناخونی

معوی التهاب (phlegmonous enteritis)۔

## نازلتی معوی التهاب

(catarrhal enteritis)

(معوی نازلت = intestinal catarrh)

یہ وہ چیز جو آنت کی غشائے مخاطی میں خراش پیدا کرے، نازلت پیدا کر سکتی ہے، مثلاً نامناسب غذا، بعض زہر اور مسہل ادویہ۔ نازلت بعض اوقات سری لگ جانے کی طرف بھی مہوب کی ماتی ہے۔ لیکن اس کی پیدائش میں شبہ بہت زیادہ کارگر عامل شدید حرارت ہے، چنانچہ نازلت گرما اور خزاں کے گرم موسم میں اس سے زیادہ پھیلتی ہے کہ جتنی سال کے بقیہ حصے میں۔ گرمیوں میں اس کی کثرت وقوع سے ہم عم کے اشخاص متاثر ہوتے ہیں، لیکن شیرخواروں پر بالخصوص حمل ہوتا ہے جیسا کہ آگے چل کر بیان کیا جائے گا۔ ممکن ہے کہ قلب اور جگر کے مرض میں، انفعالی امتلاء امعاء کی نازلت پیدا کر دے۔

تشریح۔ معاء کی غشائے مخاطی میں تغیرات ویسے ہی ہوتے ہیں جیسے کہ جسم کی دوسری مخاطی سطحوں میں۔ بافتیں زیادہ عرقی اور متورم ہو جاتی ہیں۔ سرطلی غلیے، معہ گیر کون کے غد کے سرطلی غلیوں کے، متورم، ابراآلود ہو جاتے ہیں، اور طلحہ ہو کر وہ مخاط بنادیتے ہیں جو بڑی مقدار میں موجود ہوتا ہے، اور بین ائیبیسی بافت میں غلوی درریش واقع ہوتی ہے۔ زیادہ ترقی یافتہ اماتوں میں جراثیم منفردہ بڑے ہو جاتے ہیں، اور ممکن ہے کہ ان میں تارکل واقع ہو کر چھوٹے ڈھونے قروح پیدا ہو جائیں (جوابی معوی التهاب = follicular enteritis)۔

بعض اماتوں میں غشائے مخاطی کے دوسرے حصوں میں بھی قروح واقع ہو جاتا ہے اور ان کے افزات میں مخاطی ریم بلکہ ریم موجود ہو سکتا ہے۔ بالعموم یہ التهاب رفع ہو جاتا ہے، لیکن ممکن ہے کہ وہ بگڑ کر بدیرج ایک مزمن حالت بن جائے، جس میں غشائے مخاطی کے اندر زیادہ نمایاں تغیرات واقع ہوتے ہیں۔ بعض اوقات اس میں بہت کچھ دہارت پیدا ہو کر سطح کا رنگ سلیٹ (slate) جیسا ہو جاتا ہے۔ اکثر بالخصوص شیرخواروں کی مزمن نازلت میں، غشائے مخاطی کا ذہول ہوتا ہے جو غلوی

نہ کو تو موقوف کر دیتا ہے مگر غشائے مخاطی کی مصلیٰ نہ کو، اور تحت المخاطی بافت کو صحیح و سالم چھوڑ دیتا ہے۔

علامات - موسوی التہاب کی خاص علامت اسہال ہے یعنی پانچ دنوں کا بار بار آنا، جن کا قوام پتلا یا مائع ہو۔ اس علامت کا سبب نہ صرف ان افرانات کا تغیر و تبدل ہے جو موسوی قتال میں داخل ہوتے ہیں، بلکہ بڑی حد تک ان حرکات و دردیہ کی زیادتی بھی ہے جو غشائے مخاطی کی خراش سے پیدا ہو جاتے ہیں۔ براز کی حالت بہت مختلف ہوتی ہے: وہ عموماً ابتداء کثیر المقدار، مائع، اور بھورے سے رنگ کا ہوتا ہے اور ساتھ ہی اس میں نسبت زیادہ ٹھوس مادے کے گالے یا ڈلے ہوتے ہیں۔ لیکن جلد ہی وہ نسبت پھکے رنگ کا ہو جاتا ہے، یا ممکن ہے کہ زردی مائل یا بعض اوقات سبز ہو۔ اس کا قوام اکثر بالکل پانی جیسا یا شاید چکنا ہوتا ہے، یا اس میں کٹون مخاط کے ڈلے موجود ہوتے ہیں۔ خردبین کے نیچے غیر مضہم شدہ غذا کے ریزے، گوشت کا ریشہ، نشاستہ کے ذرات، اور چربی مع امونیم میگنیٹیم فاسفیٹ کی قلموں، سرطلی اور ربی خامیوں، اور جراثیم کے نظر آتے ہیں۔ اجابتوں کی تعداد روزانہ دو یا تین سے لے کر دس بارہ یا زیادہ ہو سکتی ہے۔

قولنج درد اکثر موجود ہوتا ہے، جو اجابت ہونے سے پہلے ہوا کرتا ہے۔ حقیقی الیمیت بعض اوقات موجود ہوتی ہے۔ زیادہ فاعلی محوی حرکات کے ساتھ ساتھ وقتاً فوقتاً قراقرس نائی دیتے ہیں۔ پیش مختلف ہوتی ہے۔ بھوک اکثر اوقات باقی رہتی ہے، مریض کو پیاس کی شکایت ہوتی ہے، اس کا منہ خشک ہوتا ہے، زبان کیستہ و زردار ہوتی ہے، اور جب اسہال بہت زیادہ ہو تو حد درجہ کی جسمانی کمزوری ہو جاتی ہے۔ ایک نہایت ناگہانی اور حادثہ حملہ قے کے ساتھ شروع ہو سکتا ہے۔

بیشتر اصابتوں میں علامات چند ہی روز کے عرصہ میں رفع ہو جاتے ہیں۔ لیکن ہے کہ اسہال دفعہ موقوف ہو جائے اور پھر ایک طویل وقفہ کے بعد اجابت ہو، یا اجابتیں تدریج کم ہوتی جائیں اور ان کا قوام تدریج سخت تر ہوتا جائے۔ جب یہ شکایت مزمن ہو جاتی ہے تو بعض کو روزانہ تین یا چار اجابتیں پانچ یا سہا کی آتی ہیں اور ساتھ ہی کبھی کبھی ٹروڑے درد ہوتے ہیں۔ غذا کے نام لیں، ہم بند ہے

مکن ہے تغذیہ میں بہت کمی واقع ہو جائے۔

معوی التہاب کے اختلالات اکثر اوقات بڑی آنت تک پھیل جاتے ہیں جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ حقیقتہً ایک معوی قولونی التہاب پیدا ہو جاتا ہے۔ جب ان دونوں میں امتیاز مکن ہو تو چھوٹی آنت کی نازلت کا سبب اس وقت زیادہ ہوتا ہے جب کہ معدہ بھی ساتھ ساتھ مآؤف ہو۔ اس کے ساتھ اسہال کی موجودگی کا امکان کمتر ہوتا ہے، کیونکہ اسہال کا انحصار بالآخر بڑی آنت کے فعل پر ہونا چاہئے۔ تفریق میں اکثر منفر اور غیر مضمر شدہ غذا موجود ہوتی ہے۔ اور اگر مخاط موجود ہوتا ہے تو وہ براز کے ساتھ نسبتاً زیادہ مخلوط ہوتا ہے۔ بڑی آنت کی نازلت میں مخاطاً جدّاً لوندوں کی صورت میں ہوتا ہے۔ مخاطی ریم یا خود ریم بھی پہچانا جاسکتا ہے جو نازلت معاء مستقیم سے قریب تر ہوتی ہے تاہم اس کی علامت موجود ہونے کا امکان زیادہ ہوتا جاتا ہے۔

علاج۔ مریض کو بستہ میں لٹائے رکھنا اور گرم رکھنا چاہئے۔ شدید اصابتوں میں قرین مصلحت یہ ہوگا کہ مریض کو ابتدائی چوبیس گھنٹے تک کوئی غذا نہ دی جائے۔ لیکن پانی مریض جتنا پینا چاہے اُسے دینا چاہئے۔ ازاں بعد معمولی کھانے کے بجائے آسٹس، آراروٹ، گائے کے گوشت کا عرق یا بکری کے گوشت کی بیجٹی جس کے ساتھ نیکی ہوئی ڈبل روٹی، دودھ اور سوڈا واٹر یا دودھ اور چوڑے کا پانی تھوڑی تھوڑی مقداروں میں ہونا چاہئے۔ انھیں بہت زیادہ گرم نہیں دینا چاہئے۔ علاج کا آغاز ایک مہل کے ذریعہ کرنا عمدہ تجویز ہے۔ اس مقصد کے لئے ارڈی کے تیل کی ایک ہی خوراک کافی ہو سکتی ہے یا ریونڈ چینی کے مرکب سفوف (compound rhubarb powder) کی یا کیلومل (calomel) کی ایک خوراک۔ لیکن عام طور پر مریض کے زیر علاج آئے تک اُسے آزادانہ تفریح خوب ہو چکی ہوتی ہے اور اب اس امر کی ضرورت ہوتی ہے کہ حرکت دودھ کی زیادتی اور وافر اخراج کو روکا جائے اور درمیں بھی تخفیف پیدا کی جائے۔ لہذا انجیر آف اوپیم (tincture of opium) ۵ قطروں کی متادوں میں ہر چوتھے گھنٹے دے سکتے ہیں اور اُسے ایسے حابسات کے ساتھ شریک کر سکتے ہیں جیسے کہ ہیماتوکسولم (haematoxylum)

کتھا، نیانی جن (tannigen) (ہ گرین برشامہ کے اندر) ایرومیکل چاک پاؤڈر (aromatic chalk powder) یا مرق سلفیورک ایسڈ (dilute sulphuric acid) - بسمتھ کاربونیٹ (bismuth carbonate) اور بسمتھ سیلی سیٹ (bismuth salicylate) بھی مفید ہیں اور افیون کے ساتھ دئے جاسکتے ہیں۔ اگر مڑ نہایت شدید ہو تو مارفیا کا تحت الجلدی اشراب کیا جاسکتا ہے۔ اگر اسہال مواعظ اور خستگی پیدا کرنے والا ہے تو ۲ اونس نشاستہ کا حقنہ جس میں لاڈیم (laudanum) کے ۵ قطرے موجود ہوں اکثر کامیابی کے ساتھ استعمال کیا جاسکتا ہے۔

## صبیانی معوی الہباب

شیر خوار بچے کئی اسباب سے اسہال میں مبتلا ہوتے ہیں (۱) دارالعصبی بچہ میں جو کہ تمام ہتبعات کے لئے غیر طبعی طور پر غراش پذیر ہوتا ہے، بڑھی ہوئی حرکت و دودی بآسانی پیدا ہو جاتی ہے، اور اس سے اسہال واقع ہوتے ہیں، جو اکثر اوقات اس وافر غذا سے جو کہ بچہ کا رونا بند کرنے کی کوشش میں دی جاتی ہے اور زیادہ شدید ہو جاتے ہیں (۲) ایسے بچوں سے قطع نظر بیش خورانی سوء الهضم پیدا کرتی ہے جو کہ ریحیت اور قولنج کے ساتھ متلازم ہوتا ہے۔ ماد اسہال کے حملہ سے پہلے عدم اشتہا اور بچہ پی پی جاتی ہے۔ یہ بیش خورانی موسم گرما میں جب کہ بچہ کی پیاس بجھانے کے لئے دودھ دیا جاتا ہے خصوصیت کے ساتھ واقع ہو سکتی ہے۔ (۳) مصنوعی غذا لینے والے بچوں میں غذا میں شکر یا شحم کی کثرت آنت میں تخمیر اور ایک مفرق اسہال پیدا کرتی ہے۔ حملہ سے پہلے اکثر اوقات وزن میں غیر طبعی طور پر سر میں اضافہ پایا جاتا ہے۔ لیسان پروردہ بچوں میں غذا کے اجزائے ترکیبی اتنی اہمیت نہیں رکھ سکتے۔ گوکہ ولادت کے فوراً بعد ایسا اسہال جس میں ترشعی سبز پانہ ہو، عام طور پر ملتے ہے اور اس میں زائد پروٹین دینے سے شفا ہو جاتی ہے۔ (۴) اکثر اوقات اسہال کسی عمومی سرایت کی علامت ہوتا ہے۔ (۵) باسی اور طوٹ دودھ امعاء میں تخمیر پیدا کرتا ہے جس سے اسہال ہو سکتا ہے۔ نوعی عنصویات سے غذائی خطہ کا مرنہ



ہونا غالباً ایک شاذ سبب ہے، گوکہ چھوٹی چھوٹی وبائیں بلاشبہ وقتاً فوقتاً ہوتی رہتی ہیں۔

(۶) نام نہاد صیغی اسہال (وبائی صیغی اسہال) کا حدوث کروٹوں کی تپش کے ساتھ قریبی تعلق رکھتا ہے۔ طویل ارتفاع تپش کے حالات کے تحت اکثر بچوں میں غذا کا تحمل کم ہو جاتا ہے اور غذائی قنالی معکوسات مبالغہ آمیز ہو جاتے ہیں۔ پیاس کی طلب کو پورا کرنے کے لئے دودھ کی در آمد غلطی سے بڑھا دی جاتی ہے، بجائے اس کے کہ اس کو ایسے وقت میں جب کہ جسم کم غذا چاہتا ہے کم کیا جائے۔ غذا ایسے عنویات سے ملوث ہو جانے کا جو کہ بلند تر تپش پر نشو و نما حاصل کرتے ہیں اور کھینوں کے ذریعہ اس تک آسانی پہنچ جاتے ہیں زیادہ رجحان رکھتی ہے۔ تخمیر جو کہ غذا لینے سے پہلے شروع ہو چکی ہوتی ہے، تا وقتیکہ غذا کی محتاط تقیم کے ذریعہ عنویات کو ہلاک نہ کیا جائے، آنت میں بھی جاری رہتی ہے۔ بے چینی اور اپاٹ نیند شیر خوار بچہ کی قوت مدافعت کو گھٹا دیتے ہیں۔ بالعموم کئی ایک پستان پروردہ بچے متاثر ہوتے ہیں، لیکن مصنوعی غذا لینے والے بچوں میں اس کا حدوث اور بھی زیادہ ہے اور مرض بہت زیادہ شدید ہونے کا رجحان رکھتا ہے۔ یہ اس سے آسانی میں سمجھ میں آ سکتا ہے جو کہ اوپر بیان کیا جا چکا ہے۔ مصنوعی غذا لینے والے اکثر بچے پہلے ہی سے سوہضم میں مبتلا ہوتے ہیں، ان بچوں میں مسلسل پہلے ہی کم ہوتا ہے اور ابتدائی یا متزاد سہرایتوں سے ان کی قوت مدافعت اور بھی گھٹ جاتی ہے۔

366

علامات خفیف سوہضم کے علامات سے لے کر تسم کی علامات تک اختلاف پذیر ہوتے ہیں۔ آخر الذکر حالت تدریجی التهاب سبھا یا (tuberculous meningitis) کے آخری درجوں کی حالت سے ملتی جلتی ہے، الایہ کہ جب بچہ کو چھیڑا جاتا ہے تو کچھ وقت تک اس کے تعاملات (reactions) تقریباً طبی معلوم ہوتے ہیں۔ آغاز پر بلند درجہ تپش ہونا عام ہے۔ بعد ازاں یہ اکثر گرجا تا ہی کیتونیت کے ساتھ بااوقات گرسنگی ہوا (air-hunger) متلازم ہوتی ہے۔ سیال کے نقصان سے پت یا فوخ اور خشک بے لچک، جھری دار جلد پائی جاتی ہے خاص کر شکم پر۔

شبی ذات الریہ عام ہے۔

**تحریر۔** بیش خورانی سے امداد بار بار غذا دینے سے اجتناب کرنا بہت اہمیت رکھتا ہے۔ مصنوعی غذا لینے والے بچوں میں وزن کا بہت سرعت کے ساتھ بڑھ جانا، کاربوہائیڈریٹ اور شحم کی وافر آمد کے ساتھ متلازم ہوتا ہے۔ لہذا ان سے اجتناب کرنا چاہئے۔ موسم گرما میں غذا کی کھلی درآمد گھٹا دینی چاہئے، اور پیاس بجھانے کے لئے جوش دیا جواپانی استعمال کرنا چاہئے۔ دودھ مٹی الا مکان زیادہ سے زیادہ تازہ ہونا چاہئے اور استعمال سے قبل اس کو معیم کر لینا چاہئے یا بطریق پاچر گرم کر لینا چاہئے۔ اگر میزہ میسر ہو تو روز کی رسد شیر اس میں رکھ دینی چاہئے، اور اسے صرف استعمال سے ذرا پہلے گرم کر لینا چاہئے۔ اگر دودھ کی صفت کے متعلق شبہ کرنے کی وجہ موجود ہو، تو خشک کردہ دودھ کی تجہیزات میں سے کوئی ایک استعمال کرنی چاہئے۔ تمام بوتلیں، ظروف اور چوسنیاں کامل طور پر صاف ہونی چاہئیں اور ان کو گھسیوں کی رسائی سے بچانے کے لئے ڈھانک کر رکھنا چاہئے اور استعمال سے پہلے جھسا لینا چاہئے۔ ترویج، کمرہ کی پیش اور بچہ کے لئے مناسب کپڑوں کی بہمرسانی پر ہر وقت نگرانی کی ضرورت ہے (نیز ملاحظہ ہو طفل کو غذا دینا)۔

**علاج۔** اگر اسہال شدید نہ ہو، تو زندگی کے تیل کی ایک خوراک دینا فائدہ مند ہے کیونکہ اس سے آنت کے تخمیر پذیر مایہا خارج ہو جاتے ہیں۔ غذا ۱۲ سے لے کر ۲۴ گھنٹہ تک روک رکھنی چاہئے، لیکن جوش دیا جواپانی آزادانہ دیا جاسکتا ہے۔ اس مدت کے بعد اگر متلازم قے موقوف ہو گئی ہو، تو غذا کو بتدریج بڑھایا جاسکتا ہے، لیکن صرف اس وقت جب کہ کئی دن گزر جائیں پوری غذا کی اجازت دینی چاہئے، اور غذا میں گذشتہ غلطیاں درست کر دینی چاہئیں۔ جب اسہال غیر معائی سرایت کی علامت ہو تو غذا کی مقدار گھٹا دینی چاہئے، دوا کے پتہ نبیدہ کر لینا چاہئے اور پانی آزادانہ دینا چاہئے۔ اسہال میں افادہ کی توقع صرف اس وقت کرنی چاہئے جب کہ ساری عمل میں افادہ ہو۔ دوا اعصابی بچوں میں کلورل کی چھوٹی چھوٹی خوراکیں جو صنفیہ نطاح (tincture of belladonna) کے ایک دو قطرات کے ساتھ مزوج ہوں، بہت فائدہ مند ثابت ہو سکتی ہیں۔ بچہ کے

ماحول کی پیش حتی الامکان ستم رکھنی چاہئے۔ والدین اور ممرضات اور دوسرے بیمار بچوں سے تقاطعی سہرایت (cross-infection) کے خطرہ کو اقل کر دینے میں کوئی کسر نہ اٹھا رکھنی چاہئے۔ خفیف امواتوں میں ممکن ہے اس کے علاوہ کسی دوسرے علاج کی ضرورت نہ پڑے، لیکن اگر اسہال جاری رہے تو ممکن ہے رینجر (Ringer) کے نیم گرم محلول کے ذریعہ معدہ اور آنت کو ہلکے سے دھونا بہت مفید ہو۔ اگر معدہ کو ہلکے سے دھویا جائے اور ایک فٹ (foot) سے زیادہ کے دباؤ سے اجتناب کیا جائے تو یہ عمل زیادہ تکلیف دہ نہیں ہوتا، اور کچھ مدت کے بعد یہ دیکھا جائے گا کہ سیال بواب کی راہ سے آزادانہ گزر جاتا ہے۔ اس طرز پر نصف پائینٹ گزرنے دیا جاسکتا ہے۔ اس کے بعد بچہ کو کلورل کی ایک خوراک دینی چاہئے اور اسے سونے دینا چاہئے۔ اس کے بعد ممکن ہے کہ مرقق کردہ غذا پچ جائے۔ زیادہ شدید امواتوں میں اور سسم میں اگر مذکورہ مالاندابیر ناکام ثابت ہوں تو غالباً بہترین یہ ہے کہ سوڈیم کلورائیڈ کے ۴۵ فی صدی محلول میں ۵ فی صدی گلوکوس کے مسلسل دروں ویدی تقاطع کے ذریعہ غذا دینے کا اہتمام کیا جائے۔ بالعموم اس علاج کا آغاز نقل الدم کے ساتھ کرنا اچھا ہے جو کہ اسی قنولچہ کی راہ سے کیا جاسکتا ہے۔ بہاؤ کی شرح ہر چوبیس گھنٹہ میں فی کلومیٹر وزن جسم علی الاوسط تقریباً ۳۰ سی سی ہونی چاہئے۔ بہیج کا نمودار ہونا بالعموم دلیل ہے اس امر کی کہ بہاؤ بہت سرعت سے ہوا ہے۔ ماہرانہ نگرانی قطعاً ضروری ہے، اور جب تک ایسے حالات میسر نہ ہوں ہرگز اس علاج کا اقدام نہ کرنا چاہئے۔ اگر گھر پر علاج کرنے کی ضرورت ہو تو سیال کا نقصان زیر جلدی یادروں باریطونی اشربات کے ذریعہ پورا کرنا چاہئے۔ بہو ط کی علامات کی چارہ جوی براڈی (۱۰ قطرات) سے جو کہ ترقیق کر کے براہ دہن دی جاتی ہے، یا سٹرکینین (strychnine) (۱/۱۰۰ گریں) کے اشربات سے کی جاتی ہے۔

## غذائی تسمم

(food poisoning)

انگلستان میں حادثہ غذائی تسمم کا عام ترین سبب عصیات کے گروہ مالمونیا

(salmonella) کی سرایت ہے، اور ان میں سے عصیدیا میڈیا (B. ærtryche) (چار قسم کا) تین چوتھائی اصابتوں کا باعث ہوتا ہے۔ یہ عصیتہ ایک بہت شرح موت، یعنی تقریباً ایک فی صدی غالباً اس وجہ سے پیدا کرتا ہے کہ اس کی علامت اور قوتیں بہت ہوتی ہیں۔ تو اترو وقوع کے لحاظ سے دوسرے درجے پر گیسٹرک عسیدیا التهاب الامعاء (B. enteritidis of Gaertner) ہے جو نسبتاً زیادہ تشویش انگیز ہے۔

کاباعث ہوتا ہے۔ عصیدیا طاعون خنزیری (B. suispestifer) انسان کے لئے بہت قسبیت رکھتا ہے اور تسم کا ایک سبب ہوتا ہے، اگرچہ وہ سوروں میں عام طور پر پایا جاتا ہے۔ یہ زندہ عصیتے گرم موسم میں ایسی غذاؤں جیسے کہ بنائے ہوئے گوشت (‘‘made up’’ meat) پیڑ، مچھلی، گنیٹروں، ام النحول اور دودھ سے بنائی ہوئی غذاؤں، بلکہ آلو اور بطخ کے انڈوں (54) تک میں داخل ہو جاتے ہیں۔ لیکن سالونیلا کے سموم بھی زہری ہوتے ہیں اور ٹین کے ڈبوں میں بند کی ہوئی غذاؤں میں موجود ہو سکتے ہیں، حتیٰ کہ اس وقت بھی جب کہ خود عیسے تلف کر دئے گئے ہوں۔ یہ سموم یا ٹومیلنس (ptomains) ۷۲ فی صدی اصابتوں کی توجیہ کرتے تھے۔ عصیات محرقہ نما (paratyphoid bacilli) غالباً غذائی تسم نہیں پیدا کرتے، لیکن عصیات زحیر (dysentery bacilli) ۴۴ فی صدی اصابتوں کی توجیہ کرتے تھے۔ زحیر (سانی: Sonne) کی ایک وبا حال ہی میں ہوئی ہے (55)۔

عصیدیا کلنگینڈ (B. botulinus) جو التهاب الامعاء کے علامات نہیں پیدا کرتا، جرمنی میں بالخصوص جگر اور خون سے بنے ہوئے کلموں میں پایا گیا ہے، اور ریاست ہائے متحدہ امریکہ میں مین میں بند کئے ہوئے پھلوں اور سبز یوں میں۔ اس کے بذریعہ قدرت میں وسیع طور پر پھیلے ہوئے ہوتے ہیں، اور یہ عصیتہ ناہوا باشی طور پر بالیدگی حامل کر کے ایک ایسا سم پیدا کر دیتا ہے جو نہایت قوی زہر ہے، مگر جو ۸۰ درجہ سنٹی گریڈ کی تپش سے بآسانی تلف ہو جاتا ہے (53)۔

”گیسٹرک“ اور ”ایئر ٹرائکی“ کے علامات بالعموم غذا کھانے کے بعد چھ تا بارہ گھنٹوں کے اندر پیدا ہو جاتے ہیں اور یہ ہوتے ہیں: قے، اسہال، قولنجی درد، سن پن اور کمزوری، اور ساتھ ہی شاید البیومن بولیت، نازلتی ذات الریہ،

اور جلدی ضررات جیسے نملہ، احمرار، شرمی اور نشتی نزقات۔ نسبتہ کم مادہ اور زیادہ طہالت یافتہ اصابتوں میں محرقہ یا محرقہ نما بخار سے قریب ہی مشابہت ہو سکتی ہے۔ یہ اصابتیں بعض اوقات مہلک ثابت ہوتی ہیں اور امتحانات بعد المات سے مادہ معدی معانی التهاب ظاہر ہوا ہے جس کے ساتھ بعض اوقات نزفاستہ پیپیر (Peyer) کی چکیتوں کا توڑم کلائی طحالی اور جگر اور گردوں کا امتلا موجود ہوتا ہے۔ خون آنتوں، یا ٹھوس اعضا سے عیسے علیحدہ کیے جاسکتے ہیں۔ ان عضویوں سے پیدا ہوجانے والے غذائی تسم کو ٹائیفائیڈی اور پیپرا ٹائیفائیڈی سرایتوں سے متفرق کرنا چاہئے، جس کا معمولی طریقہ یہ ہے کہ ان مختلف عضویوں کے لئے مریض کے مصل کی الزا قی قوت کا امتحان کیا جائے۔

عصبہ کلکینہ سے پیدا ہوجانے والے علامات، جنکو کلملی (botulism) کہتے ہیں، نظام عصبی سے متعلق ہوتے ہیں اور یہ ہیں: قوت توفیق کا شل، دو نظری، استرخاء الجفن، عسر البلع، بے صوتی، اور قلت افازریق۔ موت نہایت کرب و تکلیف کے ساتھ واقع ہوتی ہے، کیونکہ مریض کو پورا ہوش رہتا ہے مگر وہ نہ دیکھ سکتا ہے نہ بول سکتا ہے اور نہ نکل سکتا ہے، اور حرکات تنفس بتدریج مشلول ہوجاتے ہیں (56)۔

علاج۔ معدی معوی التهاب کی اصابتوں میں مزید سرایت کو روکنے کے لئے معدے کو دھو ڈالنا چاہئے، اور بہت ہبوط کی اصابتوں کے سوائے دوسری اصابتوں میں آنتوں کو صاف کرنے کے لئے ایک لیٹن دے دینا چاہئے۔ مہیجات جیسے کہ برانڈی، ایتھر اور ایمونیا کی اکشر ضرورت ہوتی ہے، اور اگر اسہال ایک نمایاں علامت ہو تو افیون قلیل مقدار میں دینا چاہئے، مثلاً اس کے صبیہ کے ۵ تا ۱۰ قطرے۔ نہایت ہبوط کی اصابتوں میں تختہ الجلد بافت کے اندر طبی مالح کا اشراب کرنا چاہئے۔

## شکمی مرض

(coeliac disease)

یہ نام لگی (Geo) نے بچوں کے ایک غیر معمولی مرض کا رکھا ہے جو اسپرو (sprue) سے کسی قدر مشابہت رکھتا ہے۔ بچہ کو، بس کی عمر ایک اور پانچ سال کے درمیان ہوتی ہے، شاحب یا تھکے یا بے رنگ نیم سیال کثیر المقدار آسش یا ولیہ جیسے پاخانے ہوتے ہیں جن میں سے نہایت ناگوار بو آتی ہے۔ ان پاخانوں میں چربی بہت ہوتی ہے، اور شمی ترشے کے ساتھ کیلکیم کا نقصان ہوتا ہے۔ شکم پُر ہوتا ہے لیکن تنا ہوا نہیں ہوتا۔ ریجیت موجود ہوتی ہے مگر قے نہیں ہوتی۔ سرینوں کی لاغری ایک میز خاصہ ہے۔ بچہ کا رنگ شاحب ہو جاتا ہے اور وہ دُبلتا اور بے پروا ہوتا جاتا ہے۔ بے قاعدہ تپ ہو سکتی ہے۔ بچہ کی بالیدگی میں نمایا تاخیر ہوتی ہے، اگرچہ اس کے دماغی یا ذہنی خصائص طبعی حالت میں ہوتے ہیں۔ فی الحقیقت اس مرض کو بعض اوقات شکمی تصبّی (coeliac infantilism) کہتے ہیں۔

368

یہ حالت گاہے گاہے بالوں میں بھی ملتی ہے، اور خورد و سیلان الدہن (idiopathic steatorrhoea) کہلاتی ہے۔ بالعموم سرکندشت کا سراغ بچپن تک لگایا جاسکتا ہے۔ دوسرے خصائص یہ ہیں :- قولوں کا اتساع، مرکز لینت العظام عدم دمویت، اور جلدی اضرار مصلی، فاسفورس اور کیلشیم گھٹے ہوئے ہوتے ہیں، جس کی وجہ سے تکرر ہوتا ہے، اور پاخانوں میں ان کی بڑا مد بڑھ جاتی ہے (51)۔ شحموں کا انجذاب گھٹ جانے کی وجہ سے اور دھاتیوں کی خلعت کی علامات ہمیشہ موجود ہوتی ہیں، گو کہ کساحتی مظاہر صرف بالیدگی کے زمانہ میں منکشف ہوتے ہیں۔ ایک اور رائے یہ ہے کہ آنٹوں کے اندر شحم کا ابراز ہوتا ہے، کیونکہ اگر یہی ردغن براہ دہن دیا جائے تو وہ پاخانے میں نمودار نہیں ہوتا جس سے معلوم ہوتا ہے کہ انجذاب تسلی بخش ہے (سنیپر: Snapper)۔ دیگر قلعی علامات غذا رہی کی مشکلات سے پیدا ہو سکتے ہیں۔ شدید عدم دمویت عام ہے۔ ابتدائی درجوں میں یہ بالعموم

خرد خلوی ہونی ہے، اور بعد میں یہ احمر ہنوی ہو سکتی ہے۔  
 علاج - شحموں سے اجتناب کرنا چاہئے، اور حیاتینس مرکب شکل میں بہم پہنچانی  
 چاہئیں۔ بہت سے مریض ایسی غذا پر جو کہ تازہ کیلوں پر مشتمل ہونشہ نمایاتے ہیں۔  
 مالت زدہ رسک (malted rusks) مرے، جوڑہ، یخنی، پانی میں اُبالے ہوئے پانول  
 آلو اور سور سے تیار کیا ہوا ریولینٹا (revalenta) بالعموم اچھی طرح برداشت ہو جاتے  
 ہیں۔ اس امر کا لحاظ کرتے ہوئے کہ بہت محدود تعداد میں اشیا دیکھا جاسکتی ہیں، تبدیلی  
 حتی الامکان زیادہ سے زیادہ مرتبہ کرنی چاہئے تاکہ بعض اشیا کے متعلق نفرت کا  
 ایک قوی جذبہ نہ پیدا ہو جائے، جس سے ان مریضوں کو غذا دینے کی دقتیں بہت بڑھ  
 جاتی ہیں۔ جب عدم دمویت کلاں خلوی ہو تو خلاصہ جگر (liver extract) اور مارایٹ  
 ضروری ہوتے ہیں اور ان تمام اصابتوں میں جن میں عدم دمویت موجود ہو لوہا دینا چاہئے۔  
 مناسب علاج کرنے پر اندازہ کیا جچھا ہوتا ہے۔

## فلغمونی التهاب الامعاء

(phlegmonous enteritis)

اس قسم کے التهاب میں آنت کے تمام طبقات، مہ مصلی طبقہ یا باریطون کے  
 ماؤف ہو جاتے ہیں۔ عموماً شدید سرخی اور عروقیت پیدا ہو جاتی ہے، تحطاطی اور  
 تحت الحطاطی طبقات اس سے زیادہ دبیز زیادہ نرم اور زیادہ بھر بھرے ہو جاتے  
 ہیں کہ جتنے طبعی حالت میں ہوتے ہیں اور باریطون عروقی، پیچپا، یا لف سے  
 ڈھکا ہوا ہوتا ہے۔ فلغمونی التهاب الامعاء مقامی التهاب کے طور پر پیدا ہوتا ہے، یا  
 متصلہ حصوں سے پھیلنے کا نتیجہ ہوتا ہے، یا انفاد الامعاء یا فتق مخنوق سے پیدا ہو جاتا ہے۔  
 علامات، اکثر اس التهاب باریطون کا نتیجہ ہیں جو اس کے ساتھ موجود ہوتا  
 ہے اور وہ یہ ہوتے ہیں :- درد، قے، مقامی الیمیت، ہبوط، تمد و شکم اور حموی نما  
 تذکرہ بالا خالص سرائی اصابتوں میں معوی تد کے علامات ظاہر ہوئے۔  
 علاج میں اولی سبب کا تذکرہ ملحوظ رکھنا چاہئے، اور اگر یہ موجود نہ ہو تو  
 تقریباً وہی ہوگا جو کہ التهاب باریطون کا ہے۔

# التهاب القولون

(COLITIS)

قولون کا التهاب بھی وہی اقسام پیش کرتا ہے جو دوسری مخاطی اغشہ میں دیکھے جاتے ہیں، چنانچہ وہ نازلی ہو سکتا ہے یا تقریحی۔ نازلی التهاب القولون اکثر عمومی ہجوی قولونی التهاب کا ایک جزو ہوتا ہے، مثال اسباب سے پیدا ہوتا ہے، اور نہایت مماثل علامات رکھتا ہے، یعنی درد، تمدد، آلیسیت، اور بار بار اجابتیں ہونا جن میں مخاط، بلکہ کبھی کبھی خون تک موجود ہوتا ہے۔ اگر ضرر معاً مستقیم کے قریب ہے تو تاسیر بھی ہو سکتی ہے۔ نازلی التهاب القولون مادیا مزمن شکل میں موجود ہو سکتا ہے، اور اس کا علاج التهاب الامعاء کے علاج سے فی الحقیقت مختلف نہیں۔ ٹائیفائیڈ اور تدرنی ہر دو قسم کے قرحات اسخور اور قولون ماعد میں پائے جاتے ہیں، جو کہ لفائفی میں مماثل ضررات کے ساتھ متلازم ہوتے ہیں۔ آشکی قرحات معاً مستقیم میں پائے جاتے ہیں۔ قولونی تقریح، عصیوی اور ایمیبائی تقریح، قفینہ، لا قولونی (balantidium coli) کی سرایت، اور معائی شستوسومیت (schistosoma mansoni japonicum) کا بھی نتیجہ ہو سکتا ہے۔ وہ جو کہ دارالجائین اور جلیخانات کا تقریحی التهاب قولون کہلاتا ہے اور بسا اوقات وبائی شکل میں پایا جاتا ہے، حقیقت میں زحیرہ ہے جو کہ عضویات کے فلیکسروائی (Flexner Y) گروہ سے پیدا ہوتی ہے۔ یہ حالتیں اس مزمن تقریحی التهاب قولون سے متمیز ہیں جو کہ نیچے بیان کیا گیا ہے۔

## مخاطی غشائی التهاب القولون

(muco-membranous colitis)

(مخاطی قولنج = mucous colic)

(مخاطی التهاب القولون = mucous colitis)

مخاطی غشائی التهاب القولون کی امتیازی خصوصیت یہ ہے کہ اس میں مخاط کے



بڑے بڑے ٹکڑے یا سبائک براہ ستقیم خارج ہوتے ہیں۔ وہ اکثر اوسط عمر کی عصبان فی عورتوں میں ہوا کرتا ہے، لیکن بچوں میں بھی اس کا وقوع نہایت شاذ نہیں۔ اس مرض میں عموماً مائل قبض ہوتا ہے اور ساتھ ہی شکمی بے آرامی اور مزمن سواہضم کے دوسرے علامات۔ مرض کے حلقہ کے ساتھ مروڑ کی نوعیت کے شدید درد ہوتے ہیں، جن کا نتیجہ غشاؤں کا اخراج ہوتا ہے۔ اس مرض میں قولون کے ناگہانی شنجی انقباضات ہو کر مخاط حد سے زائد پیدا ہوتی ہے۔ اس کی ترویب خمیر، میوینیس (mucinase) سے ہوجاتی ہے، کیونکہ انقباضات کی وجہ سے وہ کچھ عرصہ تک غشائی مخاطی تماس میں محسوس رہتی ہے اور پھر جاکر خارج ہوتی ہے۔ یہ سبائک طول میں کئی انچ بلکہ کئی فیٹ ہو سکتے ہیں، اور بالکل پتلے اور نیم شفاف ہوتے ہیں اور پھلکوں کی طرح نظر آتے ہیں، اور ان میں سرطی خلیے، ایوسین پنڈ سپید خلیے کالیسٹیرن (cholesterin) اور یونیٹیم فاسفٹ (ammonium magnesium phosphate) مدفون ہوتے ہیں ممکن ہے کہ معوی سرینگ بھی خارج ہو۔ عموماً کب قدر نازلی التهاب القولون موجود ہوا کرتا ہے۔ قولون کے درون کی تنگی کا شاہدہ اس طرح کیا جانتا ہے کہ غیر شفاف غذا سے قولون کو پُر کر لینے کے بعد لاشعاعی محارثوں کا ایک سلسلہ حاصل کیا جائے۔ حوضی قولون کا سرطان چونکہ اس مرض کو پیدا کر سکتا ہے، لہذا اسکی موجودگی کی صورت میں سکائیڈین کا استعمال کرنا چاہئے۔ لاک ہارٹ فمری (Lockhart Mummery) کی رائے ہے کہ یہ مرض بہت سی حالتوں مثلاً گرد قولونی التهاب (pericolitis) تشنجی (kinking)، استرخاؤ اشا (visceroptosis) اور مسم کی غیر وضعیت، وغیرہ کا ثانوی نتیجہ ہو سکتا ہے۔

ان میں سے بعض اصابتوں میں سکائیڈین کے ذریعہ غشاء مخاطی کا اثر اب اُذیا اور تفتیح دیکھا گیا ہے۔

علاج۔ اگر ممکن ہو تو اولی سبب کا علاج کرنا چاہئے۔ غذا کا محتاط انتخاب تاکہ ایسی غذا پہنچائی جائے کہ ہر قسم کی میکافی خراش پیدا کرنے والے ذرات، مثلاً وغیرہ سے معزا ہو، آہستہ کھانا اور اچھی طرح چبانا، آٹا، پائنٹ نیم گرم پان، ۱۰ اونس روغن زیتون سے آنت کی آبیاری، یہ سب علاج کے مفید وسائل ہیں۔ شدید لفعل مہلالت سے احتراز کرنا چاہئے کیونکہ وہ قولون کی خراش پیدا کر کے حالت

حار تر بنا دینگے۔ روغن بیدانجیر سب سے زیادہ موزوں ہوتا ہے۔ یکوڈیرافین بھی تھما کی جاسکتی ہے۔ لفاح درد کے لئے مفید ہوتا ہے۔ ایک شکم بند کے ذریعہ شکم کو گرم بھی رکھنا چاہئے۔ بعض اوقات ایسی غذا مفید ثابت ہوتی ہے جس میں پھل اور سبزیاں ہوں جو زیادہ تر بے پکائی ہوتی ہوں، اور جن کے ساتھ موٹی پھلیاں اور چھلکے بھی شامل ہوں بعض یہ غذا متذکرہ بالا غذا کی بالکل ضد ہوتی ہے اور اس وجہ سے مفید ہوتی ہے کہ یہ اس قبض کو دفع کر دیتی ہے جس میں مریض مبتلا ہوتا ہے۔ ذہنی علامات کی طرف توجہ کرنی چاہئے، اور مریضہ کے خیالات کو اس کے مرض کی طرف سے ہٹانا چاہئے۔ یہ مرض جان کے لئے خطرے کا باعث نہیں ہوتا مگر برسوں تک قائم رہتا ہے کبھی کبھی تغویہ زائدہ کی گئی ہے، اور اس طرح بنائے ہوئے فحش کی راہ نفسیل کی گئی ہے۔

## تقرحی التهاب قلع لون

(ulcerative colitis)

(خطرناک التهاب قولون، خطرناک تقرحی التهاب قولون)

مزمن تقرحی التهاب قولون، ایک غیر معلوم مبداء رکھنے والا مرض ہے جس کا اتنازی خاصہ برازی مادہ کا بار بار خارج ہونا ہے جس کے ساتھ ریم، مخاط اور خون ملا ہوتا ہے۔ تب تکن ہے موجود ہو یا نہ ہو، اور مرض کی حاد اور مزمن اشکال پائی جاسکتی ہیں۔ خود بخود فترہ ہو جانا شاذ نہیں ہے۔

بکثرت اسباب۔ تقرحی التهاب قولون یورپ، امریکہ اور دیگر جگہ وسیع طور پر پھیلا ہوا ہے اور دونوں صنفوں کو متاثر کرتا ہے، لیکن بالغ زندگی میں سب سے زیادہ عام ہے۔ ممکن ہے اس سے قبل خرابی صحت کی کوئی حالت موجود نہ ہو، لیکن بعض اصابات مزمن عفونی فسادات مثلاً سرایت زدہ دانتوں، لوزتین اور اجواف کے بعد نمودار ہوتی ہیں، اور بعض لوگوں کے خیال میں اس سے اس نظریہ کی تائید ہوتی ہے کہ ایک نوعی بقتہ سیمی (Bergen) کا سببی بقتہ (diplo-streptococcus) سببی عفویہ ہے۔ دوسرے لوگ فلیکسر وائی (Flexner Y) کو ذمہ دار قسیمی عامل سمجھتے ہیں، لیکن اس امر کی شہادت کہ ان دونوں نوعی عضویات میں سے کوئی ایک ذمہ دار ہے، نہایت تسلی نابخش

ہے۔ یہ بھی اُسے دی گئی ہے کہ غذائی قلتوں یا کسی دیگر سبب کے بعد جو کہ قولونی مدافعت کو معافی طور پر گھٹا دیتا ہے، طبعی جراثیمی نباتیات (flora) بالخصوص بقیہ کسجیہ، مرضیاتی خصائص اختیار کر لیتے ہیں۔

370

**امراضیات۔** حاد خاطف اصابتیں عصبوی زحیرے مشابہت رکھتی ہیں۔ مثلاً مغالطی کا عام شدید التهاب اور اس کے ساتھ ارتشاح، غشا کا تنخر اور وسیع طور پر پھیلا ہوا تقرح پایا جاتا ہے۔ معمولی مزمن اصابت میں معاستقیم کی غشا، مغالطی مٹین مٹو، ہتج اور ذخی تقرح ظاہر کرتی ہے اور آلہ کے استعمال سے یا پچا کرنے پر اس سے ادما، ہوئے لگتا ہے۔ بعد ازال، جب حالت ترقی کر جاتی ہے، تو قولون بندرتج مؤف ہو جاتا ہے اور اس کی سطح ذراتی دائمی مٹہب ہو جاتی ہے، آنت کی دیواریں دبیز اور تھلیف ہو جاتی ہیں اور اس کا درونہ تنگ ہو جاتا ہے۔ تاخیر پذیر اصابتوں میں امتحان لاش پر دبیز مقبض آنت، بڑے بڑے روئیں دار قرحات اور ان کے درمیان التهاب زدہ یا حدانہ دار غشاء مغالطی کی دھبیاں، نہایت ہی تمیزیں بعض مقامات پر یہ قرحات مندل ہو رہے ہوتے ہیں اور ان کے سرحد کی باز تکوین ہو رہی ہوتی ہے۔ مکمل اندمال سے بسا اوقات متعدد وسعدانیت (polyposis) پیدا ہو جاتی ہے۔

**علامات۔** حاد خاطف قسم کی اصابت میں آغاز دفعہ ہوتا ہے اور اس کے ساتھ اسہال اور قولنجی شکمی درد ہوتا ہے۔ اجابتیں تاریک بخوری اور بدبودار ہوتی ہیں، اور ان میں بہت سی مخاط، خون اور ریم ہوتا ہے۔ زبان فر دار ہوتی ہے، سانس بدبودار ہوتی ہے، اور تپ، شاید شدید تعریق کے جراثیم، نمویاب ہو جاتی ہے۔ شکم، اور قولون پر الیمیت اور کسب قدر استواری پائی جاتی ہے۔ وزن کی نمایاں کمی، عدم دمویت پیدا ہو جاتی ہے، اور ممکن ہے علامات میں کوئی فترہ ہوئے بعیر مرض، مزمن تقرجی التهاب قولون، ممکن ہے حاد قسم کے بعد پیدا ہو، لیکن زیادہ تر، کے ساتھ اس کا آغاز بے تپ اسہال کے ساتھ ہوتا ہے کہ جس میں بدبودار پاخانے با آتے ہیں جن میں مخاط، خون اور ریم ہوتا ہے۔ سستی بے آرامی یا آسیر نمویاب ہو سکتی ہے، اور عدم دمویت، اور کمی وزن نمہ، اور بوسنتی ہے۔ کم نمہ ترشگی ماحسہ۔

ہ فیصدی اصابتوں میں یہ حالت ذراتی التهاب کسقیم کے طور پر شروع ہوتی ہے



الف۔ تفرقی التهاب قون۔ سطح کی چھوٹی چھوٹی بے قاعدہ گیاں ملاحظہ ہوں۔ (مصنف ہا کے ایک مریض سے)



ب۔ بڑی آنت بیریم سے بھری ہوئی ہے اور قون نازل میں عطفات ظاہر کرتی ہے۔ (یہ شعاع نگاشت مسٹر ڈیوینڈے لاک نے لی ہے)

جو بتدریج حوضی صاعد اور مستعرض قولون میں پھیل جاتا ہے۔ آخر میں اس پر ماؤف ہو جاتا ہے۔  
 شاذ طور پر بڑی آنت کے قلمی رقبہ جات، معاً، مستقیم ماؤف ہوئے بغیر متاثر ہو جاتے ہیں۔  
 پیمیدگیاں، نزف، انشقاب، تضیق، آنت کی سعدانیت، سرطان اور التهاب مغایع  
 مشتمل ہوتی ہیں۔ ان امیابتوں میں کہ جن میں سعدانے پائے جاتے ہیں، ۲۰ فیصدی میں  
 بعد میں جا کر خباثت نمودیاب ہو جاتی ہے۔

**تشخیص**۔ سرگزشت اور باخانوں کے منظر سے مرض کی نوعیت کا شبہ پیدا ہونا چاہیے  
 لیکن ہر امیابت میں سکائڈمینی (sigmoidoscopy) اور لاشعاعی امتحان سے تشخیص کی  
 توثیق کرنے کی ضرورت ہے۔ لیکن جبے مستقیم امتحان سے بے تنش عاصرہ ظاہر ہو اور ممکن ہے  
 سعدانے جس کئے جائیں، اور دستانہ پوش انگلی خون سے لقمہ جاتی ہے۔ سکائڈمینی سے  
 ایک بچاں طور پر التهاب زدہ ذراتی سطح دریافت ہوتی ہے، جس سے پچا رنے یا آتہ کے  
 استعمال سے آسانی او ماؤہونے لگتا ہے، نیز دغنی یا بڑی جسامت کے قرعات دکھائی  
 دے سکتے ہیں۔ مستقیم اور قولون کا درونہ تنگ ہو گیا ہوتا ہے، اور اس کی دیواریں بے لچک  
 اور استوار ہوتی ہیں چنانچہ اس کو ہوا سے متدد کرنے پر درد ہوتا ہے۔ سکائڈمینی کے لئے  
 عمومی عدم حیثیت کی کبھی ضرورت نہیں پڑتی، اور مریض کا امتحان رکبی صدری یا لہری  
 وضعات میں کیا جاسکتا ہے، ایک خوب نمود یافتہ امیابت میں لاشعاعیہ سے انوبی، قسریافہ  
 آنت ظاہر ہوتی ہے جس میں ناچگی بالکل زائل ہوگئی ہوتی ہے، اور اگر وسیع تقرح موجود ہو، تو  
 قولون پر نما اور کرم خوردہ منظر ظاہر کرتا ہے (صفحہ ۲۹ الف)۔

**انذار**۔ خالطہ امیابتیں ممکن ہے اپنے پورے مرمیں حموی رہیں۔ اور آغاز سے  
 ۲-۹ مہینے میں مر جائیں۔ مزمن امیابتوں میں ممکن ہے بھار کبھی نہ ہو، اور ان میں کئی مہینوں  
 بلکہ سالوں کی مدت کا فترہ ہو سکتا ہے۔ ان حالات میں تمام علامات غائب ہو جاتی ہیں،  
 بلکہ ممکن ہے سکائڈمینی اور لاشعاع پر آنت طبعی منظر ظاہر کرے۔ بعد ازاں نکسات عام طرز  
 واقع ہوتے ہیں۔ مرمہت سالوں تک پھیل جاتا ہے اور بعض امیابتوں میں عام صحت پر بہت  
 کم اثر پڑتا ہے۔

**علاج**۔ جب بھار موجود ہو تو بستر پر لٹا کر آرام کرانا ضروری ہے۔ ایک مغذی،  
 نرم، بلند حراری، بلند حیا یعنی غذا کی ضرورت ہے، اور شروع میں اگرچہ اس کا نفل کم ہو،

تاہم متی الامکان بہت جلد اس میں پھل اور خوب گلی ہوئی چھنی ہوئی (pureed) سبزیوں شامل کی جاسکتی ہیں۔ ایک ایسی غذا جس میں زیادہ تر سبب شامل ہوں بعض اوقات کامیاب ہوتی ہے۔ عفونی مراکز کا انسیدال قرین مصلحت ہے۔ بعض لوگ خود زائمتی سبجی جدرین، برگن (Bargen) نے ضد تھامی التہانی قولونی مصل اور ضد زجیری مصل (آخر الذکر روزانہ ۲۰، ۴۰، ۶۰، ۸۰ اور ۱۰۰ اکعب سمکری معادول میں دروں غرضی یا دروں ردی لہر پر دیا جاتا ہے) کی سفارش کرتے ہیں۔ لیکن استہداف سے اموات ہو چکی ہیں۔ مالج، سوڈیم بائی کاربونیٹ، پروٹارگال (protargol) اور ایلبرجن (albargin) (۱-۱/۲)، خالص پوٹاسیم پرمنگنیٹ (potassium permanganate) (ایک گرین ایکٹوٹ میں)، ٹینک ایسڈ (tannic acid) (ایک سے لیکر ۲ گرین ایک اونس میں)، اور یوسال (eusol) کے ذریعہ قولونی تفیل مفید ثابت ہو سکتی ہے۔ ہر دوسرے روز نیم گرم عقیق مالج کے ساتھ، اثنا عشری کی آبیاری جو اتنی مقدار میں ہو کہ آنت دھل کر صاف ہو جائے، بعض اوقات کامیاب ہوتی ہے۔ روغن زیتون میں سمیتہ سب گیلٹ (bismuth subgallate) کی ۵ فیصدی تعلیق روزانہ دیا جاسکتی ہے۔ اگر مریض عیدم الدم ہے تو علاج بالحدید و نقل الدم قرین مصلحت ہے۔ اور مرق ترشہ نک (قربادین برطانوی) (۱/۲ - ۱ ڈرام) کھانیکے بعد دن میں تین مرتبہ دیا جاسکتا ہے۔ عقیق مالج، ثقی سبجی التہاب باریطون کے اندیشہ کی وجہ سے خطرناک ہے، اور اس کو ایسی دشوار علاج اصابتوں کے لئے محفوظ رکھنا چاہئے جہاں طبی علاج بالکل کارآمد نہ ہو۔ نفویہ زائد و نفویہ قولون اور نفویہ لفافنی اپنے اپنے نمونہ رکھتے ہیں۔ وہ عفونت کش مملوآت کے ذریعہ تغیل کا موقعہ دیتے ہیں اور آخر الذکر عملیہ آنت کو مکمل طور پر آرام دیتا ہے۔

## التهاب زائدہ

(appendicitis)

بحث اسباب - یہ مرض اومیٹھ عمر یا بڑھاپے کے نسبت اوائل زندگی میں، اور انات کی نسبت ذکور میں بہت زیادہ کثیر الوقوع ہے۔ اس شکایت کا گذشتہ چند سالوں میں زیادہ بڑھ جانا گوام طور پر تسلیم کر لیا گیا ہے تاہم اس کی توجیہ بالکل

نہیں ہوتی۔

**امراضیات۔** التهاب زائدہ عموماً عمومی عصبہ قولونی کی سرایت ہو جانے کے باعث ہوتا ہے، جو کہ آنت کا قدرتی باشندہ ہے بعض اوقات نبقات سحمیہ، نبقات جنبیہ عصبہ ریم نیلیوں اور دوسرے ریم ساز عضویہ، عصبہ درنی، عصبہ محرقی اور شعاع فلر اس سے متعلق ہوتے ہیں۔ سرایت کی تحریک کہہ زائدہ میں ایک جسم غریب کی موجودگی سے پیدا ہو سکتی ہے، جو اس کے درونہ کو مسدود کر دیتا ہے۔ یہ ایک شاد دانہ کی گٹھلی، نارنگی کا بیج، کوئی دورا تخم، کراہال، یا ایسی ہی کوئی چیز ہو سکتی ہے۔ بہت سی اصابتوں میں ایک زرمیا رمادی رنگ کا انجماد یا پتھری پانی باقی ہے، و جسامت میں مٹر کے برابر ہوتی اور بڑائی مائے سے بنتی ہے، جس کے ساتھ مخاط، کلسی طحات اور کثیر التعداد جراثیم مخلوط ہوتے ہیں اس کے متعلق اب یہ خیال ہے کہ یہ زائدہ کی نازلت کے بعد بجاتی ہے۔

**مرضی تشریح۔** زائدہ کے طبقات کی درریش اور دبازت پیدا ہو کر اس کا کہف نازلتی حاصلات یا پیپ سے ممتد ہو جاتا ہے، اور بالآخر تقریح اور گنگرین ہو جاتی ہے۔ بیشتر اصابتوں میں یہ فساد باریطونی غلاف تک پھیل جاتا ہے۔ بعض اوقات یہ الہتائے یلونا محدود المقام اور انضمامی ہوتا ہے، اور زائدہ متصل آنت سے چپک کر دائیں مرقعی خطہ میں ایک کم و بیش مزاحم تودہ بنا دیتا ہے۔ ممکن ہے کہ زائدہ کے گرد ایک خراج الزائدہ بنجائے اور انضمامات اسے عام کہف باریطون سے علودہ کر دیں، اور زائدہ عموماً مشقوب یا گنگرینی پایا جاتا ہے۔ بعض اوقات انضمامی التهاب باریطون واقع ہونے سے پہلے ہی زائدہ میں انشعاب یا اغثاث واقع ہو جاتا ہے اور پھر ایک نہایت ہلک قسم کا عام التهاب باریطون بہ سرعت پیدا ہو جاتا ہے۔ کبھی کبھی التهاب باریطون، جو ابتداء مقامی ہوتا ہے، بتدریج پھیل کر شکم کے مختلف حصوں میں باریطونی خراجات بنجاتے ہیں، مثلاً خراج گرد و کلوئی، زیر ذایا فرامی خراج، یا خراج الحوض۔ استثنائی اصابتوں میں سرایت رسا عضویہ ورید الباب کی رادے جگر میں پہنچ کر نقیعی التهاب ورید الباب اور خراج الکبد پیدا ہو جاتے ہیں۔

لیکن اگر اغثاث یا تقیعی نہیں واقع ہوا تو اس کے یہ صغہ ہرگز نہیں کہ التهاب نظر ہر رفع ہو جانے سے مرض کا خاتمہ ہو جاتا ہے۔ اس حالت کا عکس واقع ہو سکتا ہے،

اور اس حمل کے پھر پھینے بعد سے لیکر دو یا تین سال بعد تک مادہ التهاب پھر پھر کھٹکتا ہے اور یہ یا تو مندرجہ بالا کیفیتوں میں سے کسی ایک میں مختتم ہو جاتا ہے، یا التهاب میں پھر نفا ہو جاتا ہے، لیکن شاید وہ ایک اور وقفہ کے بعد پھر فعال ہو جاتا ہے۔ ان وقفوں میں مینا بعض اصابوں میں تلیہ کرنے پر ظاہر ہوا ہے، زائڈ کی دلیواروں کی دبازت اور در ریشہ لئی جاتی ہے، ساتھ ہی اس کے وسط میں اکثر ایک تنگی اور بعدی سبب پر اتساع ہوتا ہے، شاید اس کے کہف میں انجمادات موجود ہوتے ہیں، اور خارجاً مارلیطونی انضمامات۔ یا مکن ہے کہفہ لمخوس ہو کر زائڈ وینی ہو گیا ہو۔

علامات - حاد حملہ - حملہ کی ابتداء اکثر کسیدر ناگہانی ہوتی ہے۔ مریض کو یوں ہی، یا کچھ عرصہ کے سوہضم کے بعد جس کے ساتھ کچھ قبض یا اسہال کبھی ہوتا ہے کبھی نہیں ہوتا، شدید درد شکم کا حملہ ہو جاتا ہے، جو پہلے سارے شکم پر پھیلا ہوا ہوتا ہے لیکن جلد ہی دائیں حرقفی حفر میں زیادہ نمایاں ہو جاتا ہے۔ اس کے ساتھ ہی کسندی متلی، قے، اور کسیدر جموی تعال ہوتا ہے۔ زبان فرار ہوتی ہے، اشتہا جاتی رہتی ہے، تشنگی موجود ہوتی ہے، اور آنتوں میں قبض ہوتا ہے مکن ہے کہ شکم کسیدر متمدد ہو، لیکن وہ دائیں حرقفی خفرہ میں عموماً استوار اور اَلیم ہوتا ہے۔ اگر زائڈ حوض کے اندر واقع ہے تو مکن ہے کہ یہ استواری غیر موجود ہو۔ ایسیت اکثر متعین طور پر اس نقطے پر واقع ہوتی ہے جو دائیں اگلے بالائی شوکی زائڈ سے تقریباً ۳ انچ فاصلہ پر اس خط پر ہوتا ہے جو اس زائڈ سے ناف تک کھینچی جا (نقطۃ مکبرہ فی) = Mc Burney's point لیکن یہ کہ یہ علامات چند روز تک جاری رہیں اور قے، درد اور تمدد علاج کے اثر سے کم پڑ جائیں اور ریشکایت دور ہو جائے۔ یہ ہمیشہ نہیں ہوتا کہ درد ابتداء سارے شکم پر پھیلا ہوا یا زائڈ کے خطے میں محدود المقام ہو۔ مکن ہے کہ وہ شرکسفی ہو یا بائیں جانب پر ہو۔ وہ بار بار تری ہوتا ہے، اور مکن ہے کہ بائیں جانب پر شروع ہو کر دائیں جانب کو جائے۔ حرقفی خصری عضلہ میں درد ہو سکتا ہے، جس کا اظہار مریض کو بائیں کمر پر لٹا کر اور دائیں کولھے کو پیش لٹ کر کیا جاسکتا ہے۔ یا اسوقت جبکہ زائڈ حوض حقیقی میں ہو عضلہ مادہ زونی میں درد ہو سکتا ہے، اور اس کا اظہار گھٹنے کو خمیدہ رکھ کر دائیں پاں کو باہر کی طرف گھمانے سے کیا جاسکتا ہے (اھارات عضلہ سادہ) کبھی کبھی قضیب



میں بھی درد ہوتا ہے۔

جب پھوڑا بنانے والا اسقاب واقع ہو جاتا ہے، اور زائدہ حوضِ حقیقی کی گہرائی پر واقع ہوتا ہے، تو یہ استواری اور مزاحمت نسبتاً زیادہ متعین طور پر محدود المقام ہو جاتے ہیں اور ممکن ہے کہ ایک متعین رسولی بنا دیں جسکی حد بند کا یہ وئی جانب پر اور نیچے عظیم حرقفی کے عرف اور رُباطِ یوپارٹ کے ذریعہ ہوتی ہے اور جو رُباطِ یوپارٹ سے ناف تک کے فاصلہ کے نصف یا دو ثلث حصوں تک پھیلتی ہوئی ایک محدب کنارہ بناتی ہے۔ قرح کرنے پر وہ اکثر بالکل ٹھوس یا آسم پائی جاتی ہے، اور بعض اوقات اُس میں ایک ترمیم شدہ لمبلی آواز ہوتی ہے، اور بقیہ شکم طام اور گنگ دار ہوتا ہے۔ پیش بلند ہو کر ۱۰۳ یا ۱۰۴ درجہ فارن ہسٹ تک، اور نبض ۱۰۰ یا ۱۲۰ تک پہنچ سکتی ہے۔ درد ببقاعدگی کے ساتھ یا دورے کے طور پر ہو سکتا ہے، اور اکثر نیچے دائیں، گنگ تک جا پہنچتا ہے۔ موافق اصابتوں میں، اگر علیہ میں تاخیر ہو جائے تو ممکن ہے کہ یہ رسولی بتدریج کم متعین اور چوٹی ہو ہو کر بیٹھ جائے، چنانچہ وہ ظاہر ہونے کے بعد سے دس تا بیس یوم میں غائب ہو جاتی ہے، اور تب اور دوسرے ناموافق امارات بھی کم ہو جاتے ہیں۔ اس کے برعکس اُسوقت جبکہ زائدہ حقیقی حوض کے اندر ہو، ممکن ہے کہ اسقاب کا نتیجہ یہ ہو کہ درد موقوف ہو جائے، اور شکم کی استواری تو ہوتی ہی نہیں۔ ایسی حالت میں باوجود اس کے کہ حوضی التهاب باریطون موجود ہوتا ہے، تشغیس نہیں ہونے پاتی۔ علاوہ امارت عضلہ سادہ کے، جس کا تذکرہ اوپر کیا گیا ہے، عمیق الوقوع پھوڑا براہ معارستقیم یا براہ مہل محسوس کیا جاسکتا ہے، یا وہ (ا) مثلاً کے قریب واقع ہونے کی وجہ سے تو اترتوں، یا (ب) عضلہ مستقیمہ کے قریب واقع ہونے کے باعث اسہال اور تاسیر پیدا کر سکتا ہے۔

زائدہ کا اغاثات جلد واقع ہو جانے کی اصابتوں میں ممکن ہے کہ مقامی دلائل بالکل غائب ہوں، یا اسقدر خفیف ہوں کہ مریض انھیں بمثل محسوس کرے، یا اسقدر قلیل المدت ہوں کہ مرضی حالت ابتدا ہی سے، یا جلد ہی، عام التهاب باریطون کی نوعیت رکھتی ہے (ملاحظہ ہو التهاب باریطون)۔

حساسیت در یعنی دُکمن کا احساس، یا محض بیش حیت یعنی بڑھی ہوئی لمسی حیت، تشغیس کے لئے کارآمد ہو سکتی ہے۔ اگر ایک الپین کو مستمراویہ پر رکھ کر بند پر

کھینچا جائے، یا اگر جلد کو انگلی اور انگوٹھے کے درمیان آہستہ سے چٹکی میں لیا جائے تو یہ ظاہر ہو جاتے ہیں۔ حاد التهاب زائدہ میں یہ امارات تقریباً ۶۰ فیصدی امابتوں میں پایہ جلتے ہیں، اور تقریباً ہمیشہ دائیں مرقعہ حفرے میں ہوتے ہیں اگرچہ ممکن ہے کہ پیچھے اور بائیں جانب بھی ایسے مزید رقبے ہوں (58)۔ حساسیت درز ایک بعید السبب وجہ ہے اور یہ امر کہ کسی ندرست خشار کی دیواروں کو تاننے سے وہ مصنوعی طور پر پیدا کیا جاسکتا ہے اور اس تناؤ کے موقوف ہو جانے کے بعد تقریباً ایک گھنٹہ تک جاری رہ سکتا ہے، ظاہر کرتا ہے کہ التهاب کے ساتھ اس کا تعلق ہونا ضروری نہیں، بلکہ وہ زائدہ کی یا شاید لغافی اور اعور کے ایک قطعہ کی دیواروں کے ثانوی اتساع اور تناؤ کا نتیجہ ہے۔

التهاب زائدہ کے نکات کی صورت میں، جن کا پہلے تذکرہ کیا گیا ہے، علامات بالکل ویسے ہی ہوتے ہیں جیسے کہ اولی حلوں میں لیکن عام التهاب باریطون کا اندیشہ غالباً کم ہوتا ہے، کیونکہ ضرر کے گرد ان علامات بن چکے ہوتے ہیں۔

شت الحاد التهاب زائدہ میں زائدہ کے خطے میں گہرا دباؤ ڈالنے سے خفیف سا درد پیدا ہو سکتا ہے اور دبازت محسوس ہو سکتی ہے۔ اکثر اوقات اس سے تکلیف دہ علامات پیدا ہو جاتے ہیں، جو غلط فہمی پیدا کر سکتے ہیں، کیونکہ ان سے زائدہ سے دور کے کسی مرض کا ایسا ہوتا ہے۔ مثلاً مریض کو درد کے حملے ٹرا سبغی یا نتری خطے میں ہوتے ہیں، بعض اوقات بائیں جانب تک میں ہوتے ہیں، یا اگر زائدہ حوض کے اندر ہے تو معاً استقیم میں ہوتے ہیں۔ آخری مثال میں ممکن ہے کہ پیشاب بار بار آئے، اور دوسری مثالوں میں قے ہو سکتی ہے۔ یہ درد چند گھنٹوں سے لیکر ایک یا دو دن تک جاری رہتا ہے۔ امابتوں کا ایک اہم گروہ وہ ہے جس میں علامات ایسے ہوتے ہیں کہ ان پر معدی قرص کے اور نسبت کم بار اثنا عشری کے قرص کے علامات کا دھوکا ہوتا ہے۔ بعض امابتوں میں زائدہ کے مقام پر دباؤ ڈالا جائے تو شراسیف میں درد کا احساس ہوتا ہے۔ یہ درد درز یا ریاضت کرنے سے زیادہ ہو جاتا ہے۔ حملے وقفوں کے ساتھ چند سال تک ہوتے رہتے ہیں، اور شدید حلوں کے بعد جو وقفے ہوتے ہیں ان میں بھی مریض بہت سی مثالوں میں سے کلی طور پر معزا نہیں ہوتا۔ معدی اور اثنا عشری مرض کے اس اشتباہ کو زائدہ سوء هضم (appendix dyspepsia) کہتے ہیں، اور ان علامات کو ایسے سوچنا

کی طرف منسوب کیا جاسکتا ہے جو زائندی خفے سے معکوس طور پر پیدا ہوتا ہے۔  
 تشخیص - کسی لڑکے یا لڑکی میں حاد عام التهاب باریطون جو بظاہر خود بخود پیدا  
 ہو جائے تقریباً ہمیشہ التهاب زائندہ کا نتیجہ ہوتا ہے۔ نسبت زیادہ عموماً لے مریضوں میں  
 بہت سے ضررات التهاب زائندہ کے ساتھ خلط ملط کئے جاسکتے ہیں بشکوک حاد کے تقریباً تمام  
 اسباب پر مختلف اوقات میں اسی کا خلط لگان ہوا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 320)۔  
 گذشتہ مرگند شست پر اتم درد اور الیمیت کے محل وقوع پر اور ان مقامی حالات پر جو  
 میرونی امتحان اور براہ معاستقیم امتحان سے دریافت ہوں، اچھی طرح غور کرنا چاہئے۔  
 نسبت بعد کے درجہ میں، جبکہ رسولی بنگلی ہو اسے برازی اجتماعات، عور کی  
 خبیثت بالید، حرکت پذیر گردے، عورتوں کے حوضی اشاء کے التهاب اور خصری پھوڑے  
 سے متمیز کرنا پڑتا ہے۔

زائندی سوء ہضم کی تشخیص کا انحصار بعض مقامی امارات پر ہوتا ہے جو  
 زائندی خفے میں ظاہر ہوتی ہیں۔ نیز برازیس منفی خون کی عدم موجودگی پر (اگرچہ یہ یاد رکھنا  
 چاہئے کہ مزمن التهاب زائندہ اور مضنی قرصہ کا ایک ساتھ واقع ہونا غیر عام نہیں) اور  
 مضنی قرصہ یا التهاب مرارہ کی دوسری منفی شہادت پر۔ امارت باسٹیلڈو (Bastedo's  
 sign) ایک قیمتی توثیقی کاغذ ہے۔ یہ یہ ہے کہ جب ایک مستقیم انبوبہ کے ذریعہ آہستہ آہستہ ہوائندہ  
 پمپ کر کے قولون کو پھلادیا جائے تو دائیں حرقنی حفرے میں درد اور الیمیت پیدا ہوجاتی ہے۔  
 تندرست شخص میں اس سے صرف کس قدر بے آرامی تو پیدا ہوجاتی ہے، لیکن درد  
 صرف بہت زیادہ تندرست سے ہوتا ہے اور پھر یہ کہ درد دونوں طرف یکساں ہوتا ہے۔  
 جب التهاب زائندہ موجود ہوتا ہے تو اس طرح پھلانے سے دائیں حرقنی خفے میں درد پیدا  
 ہوجاتا ہے اور زائندی خفے اب دبانے پر الیم پایا جاتا ہے، یا اگر وہ پہلے ہی سے الیم ہے تو  
 الیمیت کا یہ احساس اور زیادہ شدید ہوجاتا ہے بعض اوقات یہ بھی ہوتا ہے کہ پھلانے  
 کے بعد اس مقام کو دبانے سے نثر اسیف کا وہی درد نمودار ہوجاتا ہے جو کہ مریض کو از خود  
 پیدا ہوتا رہا ہے (Hurst)۔ مریضوں کی بہت بڑی تعداد میں بیریم سلفیٹ اور جیاجھ  
 کی غذا (Spriggs) یا بیریم سلفیٹ اور پانی کی غذا (Redding) دینے کے چھ تا آٹھ  
 گھنٹے بعد لاشعاعوں سے زائندہ دیکھا جاسکتا ہے۔ خود زائندہ دوریہ کی رویت سے

زیادہ اہم امور ہیں۔ متقاضی الیمیت، اعور اور اختتامی لغائی کی یہ طبعی تشبیت اور لغائی قولونی عاصہ کی راہ سے غذا گزرنے میں تاخیر یعنی معدی لغائی معکوسہ کی کمی، اس کا امتحان اس طرح کیا جاتا ہے کہ بیریم مل ہوا کھانا دینے کے چار گھنٹہ بعد ایک کھانا دیا جائے اور اس کے ایک گھنٹہ بعد اعور کا معائنہ کیا جائے (35, 36)۔

انذار۔ شفا خانہ لندن کے تازہ اعداد و شمار کی رو سے التهاب زائدہ کی ان تمام اصابتوں میں جن میں حملہ شروع ہونے کے بعد پہلے چوبیس گھنٹوں کے اندر علیہ کیا گیا تعداد اموات ۱۰۲ فیصدی تھی۔ یہ دوسرے دن بڑھ کر ۳۹ فیصدی ہو گئی اور تیسرے دن ۷۷ فیصدی ہو گئی۔ علیہ جلد رطلہ کیا جائے انذار اسی قدر بہتر ہوتا ہے۔

علاج۔ ان واقعات نے کہ التهاب زائدہ بہت کم علامات ہوتے ہوئے کسی گائیس اور نتیجے کے درجوں تک ترقی کر سکتا ہے، اور بلا علیہ کئے خطرہ کی وسعت کا صحیح اندازہ کرنا بہت مشکل ہے، یہ عقیدہ راسخ کر دیا ہے کہ جب کبھی التهاب زائدہ کی بقبئی یا نہایت اغلب شخص قائم ہو جائے تو زائدے کے استیصال کا تہیہ کرنا چاہئے اور اسے خفی الاکان جلد ترین موقع پر انجام دینا چاہئے۔ اگر تشخیص کے متعلق شبہ ہو یا علامات نسبتہ کم ضروری التوجہ مول تو اور انتظار کرنا جائز ہے۔ ایسی صورت میں مریض کو بستر پر لٹا کر رکھنا چاہئے، اور اسے صرف دو دنہ پنجرس فوڈ (Benger's food) یا ایسی ہی چیزیں کھانے کے لئے دینی چاہئیں۔ گرم سائڈ بورک (hot borie lint) یا تجمیدات استعمال کرنی چاہئیں، اور تمام قسم کے مفتحات سے احتراز لازم ہے، باستثنائے اس کے کہ اگر حال ہی میں پاخانہ ہوا ہو تو ایک سادہ حقنہ دیدیں۔ یہ سوال کہ آیا ہر اس صابت میں جو طبی معالجہ سے شفا یاب ہو چکی ہے، توالی مرض کو روکنے کے لئے چند ماہ بعد علیہ کر دینا چاہئے یا نہیں، ہنوز تصفیہ طلب ہے۔ لیکن اگر دوسرا حملہ ہو جائے تو علیہ کرنے کے اس موقع سے یقیناً فائدہ اٹھانا چاہئے۔ اس موقع پر یہ احتیاط عمل میں لانی چاہئے کہ کسی متلازم مرض کے لئے تنکم کے دوسرے حصوں، اور بالخصوص مرارہ کا امتحان کر لیا جائے۔

## عطیفیت

(DIVERTICULOSIS)

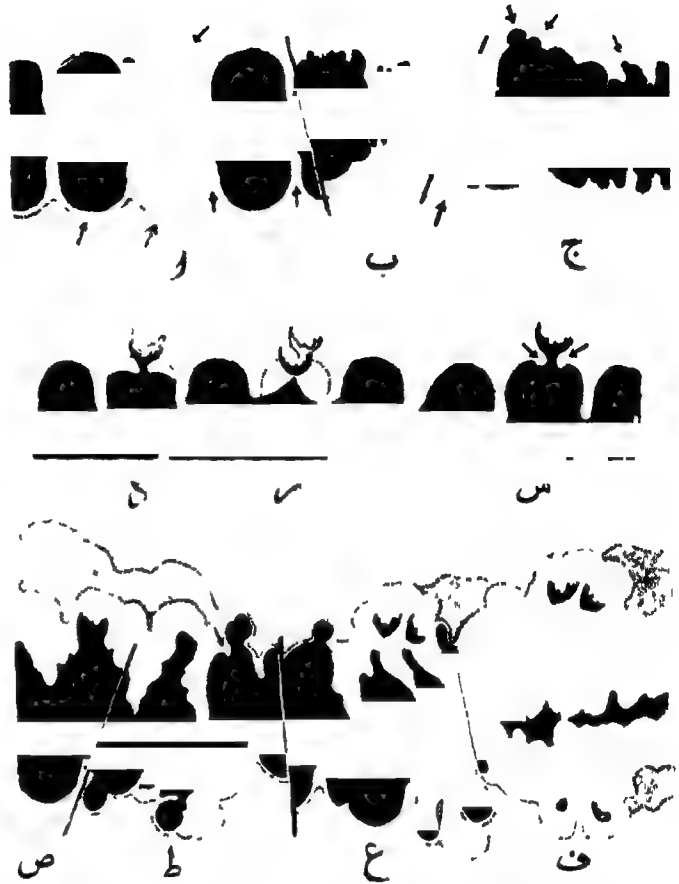
ری آنت کے متعدد مطے، جو غشائے مخاطی کے چھوٹے مٹوں کے سلسلہ کی راہ سے زوانڈ ثربی (appendices epiploicae) کے اندر ابھرتے ہیں، اس آنت کے کسی بھی حصے میں مل سکتے ہیں، لیکن حوضی قولون تقریباً تین چوتھائی اصابتوں میں ماؤف ہوتا ہے۔ پیش عطیفی درجہ، آنت کا ایک مقامی عارضہ ہے اور خراش کا نتیجہ ہوتا ہے۔ خفیف سادر دشکم اور مقامی الیمیت ہوتی ہے۔ غیر شفاف غذا (۲۰) اگرین بیریم سافیت بو... سی سی، ہارک کے مالٹڈ بلاک یا چھاچھ میں معلق ہو، یا غیر شفاف حقنہ (59) کے بعد لاشعا عوں سے تشخیص کی جاتی ہے۔ اس وقت جبکہ قولون ماؤف ہو اس حصہ کے خاکر کا منظر ناہموار ہوتا ہے (شکل ۴۹، ب) اور طبعی مایچکول (haustra) کے درمیان کا انقطاع مطوس ہو جاتا ہے (۱)۔ اس کے بعد دوسرا مرماہ عطیفوں کا بننا ہوتا ہے، اور غالباً اس کا سبب معنہ رکھتی تدربے (ج)۔ جب عطیفے میں برازی اجتماع ہوتا ہے تو وہ ایک حصاۃ البراز (stercolith) بنا دیتا ہے، بیریم اُسے صرف جزؤ پر کرتا ہے، لہذا وہاں ایک سالہ نما چھائیں ہوتی ہے، جو تاچک کے منقبض ہونے پر حرکت کرتی ہے (۵)۔ اور ممکن ہے کہ وہ گردن کے قوی انقباض سے قولون کے کہف سے بالکل بے تعلق ہو جائے (سما) (فیض ملا حظہ ہو صفحہ ۲۹، ب صفحہ 370)۔

## التهاب عطیف

(diverticulitis)

عطیفیت بلا کسی علامت کے سالہا سال جاری رہ سکتی ہے، لیکن التهاب عطیف کیس وقت بھی نمودار ہو سکتا ہے۔ اس کی اولین لاشعاعی امارت عطیف کی گردن پر ظاہر ہوتی ہے، کیونکہ اسی نقطہ پر در ریزش واقع ہوتی ہے۔ تاچک مزید التهاب ظاہر

کرتی ہے، اور ساتھ ہی زاویہ متداخلہ کھد ہو جاتا ہے (س)۔ سب سے زیادہ درجہ  
یہ واقعہ ہے کہ پتلیوں کی لمبی حرکت کا، جو سلسلہ وار فلموں سے ظاہر ہوتی ہے  
بالکل امتناع ہو جاتا ہے۔ بعض اصابتوں میں یہ عطیفہ انتہائی دبازت کی وجہ سے  
تعلق ہو جاتا ہے (ع)۔ یا ان کی گردنیں اس قدر چوڑی ہو جاتی ہیں کہ میسما  
کی شکل کھد جاتی ہیں (س) اور ف کے مقام پر ایک انتہائی انطہاسی درجہ دکھایا  
گیا ہے جو لینی میں ٹکون کی وجہ سے واقع ہو گیا ہے۔ دوسرے تغیرات جو عطیفوں کو  
ماؤف کر سکتے ہیں یہ ہیں :- (ا) نفیق۔ (ب) انتباب اور التباب بارطیر  
(ج) قرب و جوار کے اعضاء کے ساتھ ناسوری ارتباط۔ (د) عطیفے کا مڑوڑا جانا  
جس سے اُس کی تخلیق واقع ہو جائے۔ (س) سرطان کا ثانوی طور پر نوباب ہو جانا۔  
التباب عطیفہ کے علامات خفیف قسم کے التباب کے ہوتے ہیں جو  
بڑی آرت میں اور عموماً بائیں طرف شکم کے زیرین حصے میں ہوتا اور متصلہ ساقوں  
میں پھیل جاتا ہے۔ اکثر شکم میں بے آراچی اور اس سے کمتر بار درد ہوتا ہے  
بالعموم غذا کے ساتھ غیر متعلق ہوتا ہے اور ناف کے قریب یا اُس کے نیچے لیکن  
بالخصوص بائیں حرقنی حفرے میں واقع ہوتا ہے، اور بار بار وقفہ دار ہوتا ہے لیکن جبکہ  
وہ کمبیاؤں کے احساس اور درد پشت کی شکل اختیار کر لے۔ عام رحیمیت اور تہہ  
احساس عموماً بیان کئے جاتے ہیں اور لیکن ہے کہ علامات صرف یہی ہوں۔ فی الحقیقت  
یہ بھی ممکن ہے کہ التباب عطیفہ کی ایک ترقی یافتہ حالت موجود ہو اور اُس کے ساتھ  
کسی قسم کی شکایت نہ ہو۔ قبض، اجابتوں کی بیقاعدگی، اسہال، یا نامتام نفع  
احساس اکثر موجود ہوتا ہے۔ مثلاً کی ماؤفیت کی مثالوں میں ممکن ہے کہ قبول  
ہو، اور بعض اوقات وہ پاخانہ ہو جانے کے بعد درد کے ساتھ ہو۔ یا پہلے قبول  
ہو اور بعد میں درد ہو۔ باستثنا بہت موٹے اشتخاص کے، بائیں حرقنی حفرے  
ایک گلمہ شکل رسولی مسوس کی جاسکتی ہے، جو بعض اوقات الیم ہوتی ہے لیکن  
نہیں لیکن ہے کہ اس میں حاد التباب پیدا ہو، اور اُس سے مریض کو تپا  
ہو جائے بعض اوقات التباب عطیفہ قولون کے دوسرے حصوں میں ہو جاتا ہے  
نزف براہ معاد مستقیم عموماً نہیں ہوتا۔ بالعموم التبابی ضرغشائے محالی کے



سلسلہ ۲۹- ۱۔ نیچے طبعی تپکیں ہیں اور اوپر پیش عطفی حالت کی چھٹی چھٹی چھٹی۔  
 ب۔ پیش عطفی حالت کے رقبے آنت کے محیط کو متاثر کرتے ہیں اور ظاہر ہوتی تنگی پیدا کرتے ہیں۔  
 ج۔ آنت کا وہی ٹکڑا (جو کہ دب میں ہے) علاج کے بعد تنگی بالکل نہیں ہے۔  
 بے قاعدگیاں، جو کہ پیش عطفی حالت کا مابقی ہے۔ نیز چھٹی چھٹی چھٹی کیون۔  
 بڑا حصہ البراز بردار عطفہ۔ نقطہ وارخط، دوران ارتخا میں اسکی وضع کو ظاہر کرتا ہے۔  
 کتا ہے۔ سلسلہ خاکہ (جو کہ ایک ایک بعد ایک سلسلہ وار فلم پر محال کیا گیا) ایک تپک کا انقباض ظاہر کرتا ہے۔

۲۔ یہ بھی سلسلہ وار فلموں پر لی گئی ہے اور تپک کا اعظم انقباض ظاہر کرتی ہے۔

ص۔ عمومی دیوار کی ہدایت و بازیت۔ عطفی مرکز کی کھلی گئی ہیں۔ ط۔ اس مرکز کی شہادت کہ انتہائی تغیرات مقابل کی دیا رنگت مکمل کئے ہیں۔ ع۔ عطفیات کا آنت کے دودھ سے یہ تسلی ہو جانا۔ ف۔ یہی احصائت م سال کے بعد ترقی یافتہ نظامی و جب نظام ترقی ہے۔ باشتاراد اور اس کے باقی نظام میں منتقلی و ارتخا، باطلی فی سطح ظاہر کرتا ہے۔

واقع ہوتا ہے۔

پچیدگیوں کے باعث بھی علامات پیدا ہو سکتے ہیں۔ سب تقبیل واقع ہو جاتا ہے تو بائیں برقی حفرے میں، صدف شکم کے بائیں جانب پر، الہتاب زائدہ جیسا عا د الہتابی اختلال ہو سکتا ہے۔ الہتاب عطفہ معوی تلمد دیدا کر سکتا ہے۔ نامسوروں کے بننے یا انشباب ہونیکے باعث علامات پیدا ہو سکتے ہیں

انذار عطفیت اور الہتاب عطفہ دونوں کے ابتدائی مرحلوں میں انذار اچھا ہوتا ہے، بشرطیکہ مناسب علاج اختیار کیا جائے۔

علاج۔ عفونی مراکز کو خارج کر دینا چاہئے۔ غذا سادہ ہونی چاہئے اور اس میں پھل اور ربڑیاں بکثرت موجود ہوں۔ کھانا باقاعدگی اور پابندی اوقات کے ساتھ کھانا چاہئے۔ پانخانہ صاف ہونے کے لئے پیرافین استعمال کی جاتی ہے، اور پانخانہ کے لئے پابندی اوقات کی عادت ڈالنی چاہئے۔ ہر تیرے دن طبعی مالح سے قولون کی تغیل کرنی چاہئے۔ روغن زیتون (olive oil) کے حقے بھی مفید ہوتے ہیں۔ بہترین یہی ہے کہ مسبلات سے احتراز کیا جائے، اور دلک کرانے کی ہدایت برگزیدہ دینی چاہئے۔ مختلف پچیدگیوں کا علاج جراحی سے کرنا چاہئے۔

376

## آنت کا تدرن، نو بالیدین اور آنشک

(TUBERCLE, NEW GROWTHS AND SYPHILIS OF INTESTINE)

درنہ۔ آنت کا تدرن سبیل رلومی میں ہونے کے علاوہ، علحدہ بھی ہو سکتا ہے بالخصوص بچوں میں، جن میں مرایت اکثر دودھ سے منتقل ہو جاتی ہے۔ دونوں صورتوں میں ضررات بالخصوص لفائف کی تپے نیر کی چکیتوں میں، اور لفائف اور قولون کی منفرد جڑوں میں واقع ہوتے ہیں۔ تدرنی عل بھی ویسا ہی ہوتا ہے جیسا کہ دوسرے مقامات میں ہے۔ ایسے نطوی نکاثر، تجبتن، تنفر، اور تفرح۔ اور لفائف کے قرحے بہت وسیع ہو سکتے ہیں، اور وہ گول یا بیضوی ہوتے ہیں، اور بیا اوقات آنت کے گرد عوضاً جاتے ہیں۔ کہ اس کے طول میں۔ انکی سطح ہموار، اور کوریں دبیز ہوتی ہیں، اس سطح سے مناظر مصلی



سلح عموماً چند چھوٹے چھوٹے سپید درنے پیش کرتی ہے۔ متکازم علامات تب اور اسہال ہیں۔ پاخانے عموماً کثیر المقدار، پولیس جیسے اور چربی دار ہوتے ہیں اور ان کا رنگ زرد ہوتا ہے۔ بعض اوقات وہ زیادہ مانع اور پھر بھی زرد ہوتے ہیں اور اگر شکم متمدد ہو تو ممکن ہے کہ ٹائفائڈ بخار سے قریبی مشابہت پیدا ہو جائے۔ زوف اور انتفاخ شاذ ہوتے ہیں۔ علاج بیان کیا جا چکا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 175)۔ (نا سورمبرزی fistula in-ano) بلاشبہ بعض اوقات درنی الاصل ہوتا ہے۔

فوبالیدی۔ آنت کی رسولیاں بالخصوص یہ ہوتی ہیں :- غذای سلعہ اور سرطان، اور شاذ بلغمی لحمی سلعہ سرطان سب سے زیادہ کثیر الوقوع اور اہم ہے۔

اشنا عشری کے سرطان کو شیرن (Sherron) نے ماؤف شدہ حصہ کے لحاظ سے سب ذیل تقسیم کیا ہے :- وہ جو صفراوی علیہ سے اوپر واقع ہو ۱۰ ہے فوق الانتفاخی (supra-ampullary) کہتے ہیں۔ وہ جو خود علیہ میں واقع ہو انتفاخی (ampullary) کہتے ہیں۔ اور وہ جو نیچے واقع ہو اسے تحت الانتفاخی (infra ampullary) کہتے ہیں۔ ہر حالت میں یہ ایک شاذ مرض ہے لیکن انتفاخی قسم اہم ہوتی ہے، کیونکہ اس صورت میں رسولی مشترک صفراوی قنات کو مسدود کر دیتی ہے اور اگرچہ درد نہیں پیدا کرتی تاہم گہرا یرقان اور لاسوی پیدا کر دیتی ہے۔ تحت الانتفاخی سرطان تیسرے حصے میں زیادہ عام ہے۔ ان اصابتوں میں قے میں ہمیشہ صبر اور بانقہ اسی ریس موجود ہوتا ہے۔ آخر الذکر کی موجودگی اس طرح ظاہر ہو سکتی ہے کہ اگر قطر قے میں چند گرین سوڈیم بائی کاربونیٹ ملا دیں تو اس میں فائبرین ہضم ہو جائے گی۔ صائم اور لافانی میں شاذ ہی رسولیاں پائی جاتی ہیں۔ غیر خبیث رسولیاں اکثر ڈنڈی دار ہوتی ہیں اور ان سے انفادالامعایہ پیدا ہو سکتا ہے۔ بلائڈ سٹن (Bland Sutton) بتلاتا ہے کہ لافانی اعوری اتصال کے مقام کی بعض رسولیاں خبیث برطانی سمجھا گیا درجہل شیش نکونی درنی تو دے تھیں جو آنت کی مسدودی پیدا کر دینے کی وہی قابلیت رکھتے ہیں جیسی ایک سرطان۔ دونوں صورتوں میں ضروری علاج استیصال ہی ہے

سرطان چھوٹی آنت کی نسبت بڑی آنت میں بہت زیادہ عام ہے اور

خاص کر اخور، حوضی قولون اور معاء مستقیم کو ماؤف کرتا ہے، اور اس سے کتہ قولون کا دوسرے حصوں کو۔ سریری لحاظ سے قولونی سرطان دو طرح کا ہوتا ہے، جس کا انحصار اس پر ہوتا ہے کہ آیا وہ ایک حلقہ نما بالید ہے جو ابتدائی درجہ ہی میں تشدد پیدا کر دیتی ہے یا ایک متفطر بالید جو تدریر سے پیدا کرتی ہے۔ ابتدائی درجوں میں ممکن ہے کہ مریض کھانا کھانے کے بعد شکم میں بے آرامی اور قولنجی درد محسوس کرے اور ساتھ ہی قراقرم بھی ہو۔ اجاتوں میں بقیاعندگی ہوتی ہے، لیکن اخوری بالیدوں کا سیکندر ممتاز خاصہ اسہال ہوتا ہے، اور حوضی اور قولونی بالیدوں کا ممتاز خاصہ فیض۔ آوند لکڑی میں ممکن ہے کہ اسہال کا ذب (spurious diarrhoea) ہو یعنی مالید کی خراش کی دوستی بار بار چھوٹے چھوٹے سیال درست، کانکھنے یا تیسرے کے ساتھ آنے ہیں۔ برابر میں خون نمود ہوتا ہے، جس کا بڑی مقدار میں ہونا ضروری نہیں۔ ہیماٹین (hematin) کی موجودگی اور ہیماٹو پورفرین (hæmato-porphyrin) کی غیر موجودگی سے ظاہر ہوتا ہے کہ قولون کے زیرین حصے میں ادما ہوا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 330)۔ غشائی یا آؤن دار قسم میں عموماً پانی جاتی ہے اور ممکن ہے کہ تھوڑی پیپ بھی ہو، شکی جس سے ممکن ہے کہ ایک سخت تدویر یا گہبی ڈالا ظاہر ہو، اور ممکن ہے کہ انگلی سے ہم فوبالید کے ایک تودے کو پھان سکے جو مبر سے قریب ہی معاء متقیم کے راستہ کو روک رہا ہو۔ تاہم ہر مشتبہ اصابت یہ سلگائیڈین استعمال کرنی چاہئے، کیونکہ اس سے حوضی قولون کی بالید شناخت کجاہکی ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 370)۔ تشخیص کے لئے لاشعائیں بھی استعمال کی جاسکتی ہیں۔ بیریم سلفیٹ کو گوند کے ذریعہ پانی میں معلق کر کے اس کا غیر شفاف حقنہ معاء مستقیم کے اندر داخل کیا جاتا ہے۔ اگر حقنہ کے قیف کو مبر سے دو فیٹ اوپر رکھا جائے تو یہ آمیزہ چمک کھارے اور تک پہنچ جاتا اور قولون کو بالکل پر کر دیتا ہے، بشرطیکہ مریض گہری سانس لے اور کبھی کبھی اپنی وضع کو بدلتا ہے۔ امتحان سے پہلے یہ ضروری ہے کہ قولون خالی ہو، اس کے لئے چشتیں گھٹنے پہلے روغن بید انجیر دیا جاسکتا ہے، اور امتحان کی صبح کو اور ماہی شام کو پانی کے حقنہ کے ذریعہ مزید صفائی کی جاسکتی ہے۔ دروند کی تگی یا خاکہ کی بے قاعدگی سرطان کا مشبہ پیدا کرتی ہے (ملاحظہ ہو صفحہ ۲۰ الف اور ب)۔ غیر شفاف غذا جکا قولون کی راہ سے نیچے کو تعاقب کیا جائے، تشخیص میں نسبت بہت کم فائدہ ہوتی ہے۔



الف



مستعرض قولون کا (الف) اور حوضی قولون کا (ب) سرطان جس میں نقص پیری نظر آتا ہے۔ (یہ شعاع پنکاشت مسٹرنڈ سے لاک نے لی ہے)

آخری درجوں میں ممکن ہے کہ مریض حاد معوی تدد یا مزمن معوی تدد کے اہلکات پیش کرے، یا ایک شکم کے ڈلے کی شکایت کرے، جو دوسرے ضرات کے ساتھ غلط مطلق کیا جاسکتا ہے۔ اگر وہ انحر کو ماؤف کر رہا ہے، تو ممکن ہے کہ وہ مزمن التهاب زائدہ، یا کلانی غد سے مشابہ ہو۔ اور اگر قولون کے اندر ہو تو کلانی گردہ، التهاب عطفہ، کلانی مزارہ سے، یا اگر اورطی کے اوپر واقع ہو تو ایک انور سما سے۔

علاج جراحی ہوتا ہے، اور انذار ابتدائی درجوں میں اچھا ہوتا ہے ناقابلِ علیہ اصابتوں میں عمیق لاشعاعی علاج (deep X-ray therapy) آزما یا جاسکتا ہے۔

قولون اور معا، مستقیم کی سعدانہ نمابالیدین یعنی غذائی تعلیمی سلعات شستوسوسیت میں واقع ہوتے ہیں۔

معا و مستقیم کے التهابی تضقیقات۔ آتشک قنال غذائی کو بلعم اور معا، مستقیم کے درمیان کشادہ می ماؤف کرتی ہے، لیکن بعض اوقات وہ آخر الذکر مقام پر تضیق پیدا کر دیتی ہے۔ تحت الخاطی بانف میں صفی بن جاتے اور ثانوی التهابی تغیرات کے باعث ندبی انقباض پیدا کر دیتے ہیں۔ نیز سوزاک سے، اور نسبتہ شاذ اصابتوں میں تدرن سے بھی تضیق پیدا ہو سکتا ہے (48)۔ یہ دونوں صفوں میں مساوی طور پر ہوتے ہیں، اور ممکن ہے کہ ان کا کوئی علم نہ ہو حتیٰ کہ تضیق کے علامات مشاہدے میں آئیں اور انگلی سے امتحان کرنے پر تنگی شناخت میں آجائے۔

## معوی تدد

(INTESTINAL OBSTRUCTION)

آنت کسی طریقوں سے سدود ہو سکتی ہے جو یہ ہیں :- (۱) اجسام غریب - (۲) انغداد الامعا - (۳) معوی دیواریں تغیرات ہونا، جیسے کہ تضقیقات مندل شدہ، قروح سے، یا خبیث بالیدول سے - (۴) قتلۃ الامعاء - (۵) تخنیق ہونا بندوں کے ذریعہ یا روزنوں کی راہ سے - (۶) قوطیہ کا گھٹ جانا آنت پر جبر کی وجہ سے، یا مختلف طرح کے بیرونی ضغطہ کے باعث -

اجسام غریبہ۔ آنتوں کو سدود کرنے والے اجسام غریبہ میں سے بعض یہ ہوتے ہیں۔ پیلوں کی گھٹلیاں، کنکریاں، سکے، گولیاں، الیمینیں، سوئیاں، خطافات اور مصنوعی دانت۔ نباتی ریشوں، اُون، یا جے کی بھوسی کا باہر نوندا بنجانے سے بھی بعض بڑے تودے بنجاتے ہیں۔ اس قسم کے اجسام غریبہ بالخصوص مجنوناں میں پائے جاتے ہیں ابھی کبھی ایک بڑا سنگ صغیر ہلکے تسد کا سبب ہو جاتا ہے یا وہ کم و بیش دقت کے بعد ہمز کی راہ سے خارج ہو جاتا ہے۔ براز کے تسد سے بھی مجتمع ہو سکتے ہیں اس طرح جطرح کہ قبض کے بیان میں تذکرہ کیا گیا ہے، اور یہ معاً، مستقیم یا قولون میں ایک خطرناک کاوٹ پیدا کر دیتے ہیں۔

انقباض الامعاء (intussusception)۔ یہ مخصوص منفات پیش کرتا ہے، چنانچہ اس پر علاحدہ غور کرنا مناسب ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 380)۔

اختنقات (strictures)۔ یہ چھوٹی اور بڑی دونوں آنتوں میں واقع ہوتے ہیں۔ یہ یا تو قروح کے ندبوں کے انقباض سے، یا نوبالیدوں سے پیدا ہو جاتے ہیں، اور گاہے گاہے معوی دیواروں میں دہلیز کی وجہ سے بھی۔ کبھی کبھی ایسی سادہ رسولیاں بھی، جیسے کہ غذائی رسولی یا لیفی رسولی، سوی تسد پیدا کر دیتی ہیں۔ فتلة الامعاء (volvulus)۔ اس اصطلاح سے یہ مراد ہے کہ آنت خود اپنے اوپر اس طرح مڑی جائے کہ جس سے وہ "مخنوق" ہو جائے، بالفاظ دیگر مڑی ہوئی وجہ سے جو دباؤ پڑتا ہے وہ آنت کے چنبرے وریدی خون کی واپسی کو روکنے کے لئے تو کافی ہوتا ہے مگر اس کی شریانی رسد کو روکنے کے لئے کافی نہیں ہوتا لہذا استلا، نزف اور گنگرین پیدا ہو جاتی ہے۔

تفتیق بندوں کی وجہ سے اور روزنوں کی راہ۔ اماتوں کے

اس گروہ کو اندونی مخنوق فتق (internal strangulated hernia) کہہ سکتے ہیں۔

378

آنت کا ایک چنبر (عموماً لفافی) ایک روزن، جیسے کہ سوراخ وِنسلو (foramen of Winslow) میں سے پھسل کر نکل آتا ہے، اور جب سوراخ کا حاشیہ اس کی گردن کو پکڑ لیتا ہے تو مخنوق ہو جاتا ہے۔ لیکن بسا اوقات یہ حلقہ خافق اس انفصامی بند سے بنتا ہے جو شکم کے ایک حصہ سے دوسرے حصہ تک پھیلتا ہے، اور جبکہ نیچے سے

آنت کا چنبرہ گزر جاتا ہے۔ تند کی اس قسم کا ایک کثیر الوقوع سبب وہ پیدائشی غیر طبعی حالت ہے، جسے عطفہ میگل (Meckel's diverticulum) کہتے ہیں۔ یہ لفافنی کی ناپسیدہ جانب سے نکلا ہوا ایک انگشت نما زائدہ ہے، جس کا طول ۲ تا ۴ انچ اور قطر ۱ تا ۲ انچ ہوتا ہے۔ یہ تری ماساریتی قنات (omphalo-mesenteric duct) کا (جس کے ذریعہ سے ابتدائی غذائی کمال تاج زردی کے ساتھ ارتباط حاصل کرتی ہے) باقی ماندہ حصہ ہے۔ یہ لفافنی سے اس نطفہ پر نکلتا ہے جو عموماً ۱۸ تا ۲۴ انچ فاصلہ پر ہوتا ہے، اور اس کی اندھی انتہا عموماً آزاد ہوتی ہے۔ لیکن ممکن ہے کہ وہ ایک سیغی بند کے ذریعہ ناف کے مقام پر شکم کی اگلی دیوار کے ساتھ یا ماساریقا کے ساتھ یا کسی دوسرے نقطہ پر باریطنی سطح کے ساتھ چسپاں ہو جائے۔ ایسی صورت میں ایک حلقہ بن جاتا ہے جس کے اندر سے آنت کے ایک چنبرہ کا گذر کر ممنوق ہو جانا ممکن ہے۔

انضغاط اور جحہ۔ اس گروہ میں ذیل کی حالتیں شامل ہیں:۔ حادثہ تنفی جو ایک منفرد بند کے جرح کے باعث ہو۔ انضغاط جو آنت کو دبا کر بچکا دیں۔ اور آنت کے متعدد لمبوں کا باہم چپک جانا۔

امراضیات۔ حادثہ معمولی کی جہلک اسباب میں مقام تند دے اوپر کی آنت بہت متمدد اور اس سے نیچے کی آنت مہبوط اور خالی پائی جاتی ہے۔ یہ تند، تنگی کے عین اوپر شروع ہوتا ہے اور آنت کو تند کی شدت یا مدت کے لحاظ سے کم و بیش فاصلہ تک مؤف کر دیتا ہے۔ مثلاً بگم بڈ کے تند میں سارا قولون اور چھوٹی آنت کا بہت سا حصہ مؤف ہو جاتا ہے۔ لفافنی کے تند میں چھوٹی آنت متمدد اور قولون چپکا ہوا ہوتا ہے۔ متمدد اوپر والے حصے میں برازی مادے کی کچھ مقدار ہوتی ہے، جس کا رنگ ہلکا بھورا یا زردی مائل بھورا، اور قوام یکساں طور پر گھماؤ سا سیال ہوتا ہے۔ تند خواہ چھوٹی آنت میں ہو یا بڑی آنت میں یہی صورت حالات پائی جاتی ہے۔ مزمن اصابتوں میں ممکن ہے کہ متمدد آنت بوجہ اُن مساعی کے جو وہ تند کو دفع کرنے کے لئے کرتی رہتی ہے، تدریجاً بیش پروردہ ہو جائے۔ بالآخر ممکن ہے کہ اوپر کے متمدد حصے میں آنت کی طاقت بوجہ دیدے اور نام نہاد برازی قرعے (stercoral ulcers) بن جائیں، اور ان میں سے

بعض اشخاص پیدا کر دیں۔ حادثہ تحقیق میں دوران خون میں راست مداخلت ہونے کے باعث، تنگی کے مقام پر اغاثات واقع ہو سکتا ہے۔

سلسلہ معوی تشدد ایک ہلکے مرض ہے، اور مقام تشدد جس قدر زیادہ بلند واقع ہو، وقوع موت اسی قدر سریع تر ہوتا ہے۔ حیاتی کیمیائی تغیرات جو ایک حاسیاتی حملہ کے تغیرات سے کسی قدر مشابہہ ہوتے ہیں، موجود ہوتے ہیں۔ (ملاحظہ ہو صفحہ 138) 'یعنی خون میں غیر پروٹینی نائٹروجن اور بائی کاربونیٹ کی زیادتی اور اس کے ساتھ قلوی دمویت اور کلسیل کلورائیڈ (جو غائب ہو کر بافتوں کے اندر چلا جاتا ہے) (61)۔ اور ناگہانی پروٹینی تفرق یا پروٹینی صدمہ کی وہی توجیہ اس پر بھی صادق ہو سکتی ہے۔ یہ رائے بھی پیش کی گئی ہے کہ عصیہ ویلچی (B. Welchii) کا غیر معمولی تنک اور ساتھ ہی چھوٹی آنت سے سم کا انجذاب واقع ہوتا ہے۔ یہ پروٹینی تفرق کو شروع کر سکتا ہے۔ ضد سم کے اثرات کے اچھے نتائج مندرج ہوئے ہیں (62)۔ دوسری رائے یہ ہے کہ آنت کے اندر صفرا کی موجودگی ایک ضروری شے ہے، اور اس میں رکاوٹ پیدا ہو جاتی ہے۔ صفرا کے مستقیم اثرات کے بھی اچھے نتائج بیان کئے گئے ہیں (63)۔

حادثہ تشدد کے علامات۔ ایک بند سے تحقیق ہو جانے کی صورت میں مریض کو یکایک شدید درد شکم ہو جاتا ہے، جو عموماً ناف کے قرب وجوار میں ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ وہ چلتا پھرتا ہو، یا کھانا کھا رہا ہو، یا نیند سے بیدار ہو جائے۔ پھر مریض قے کرتا ہے۔ مبرز کی راہ سے نہ تو پاخانہ نکلتا ہے نہ ریح خارج ہوتی ہے۔ قے جو پہلے معدی ہوتی ہے اور پھر صفراوی، بالآخر برازی ہو جاتی ہے۔ مریض پر اس کا اثر بہت اندیشہ ناک ہوتا ہے۔ مہبوط جلد ہی شروع ہو جاتا ہے۔ چہرہ سست جاتا ہے، آنکھیں سیاہ ہو کر اندر بیٹھ جاتی ہیں، نبض صغیر و سریع ہوتی ہے، اور پیش طبعی یا تحت الطبعی درجہ پر۔ زبان تنک ہو جاتی ہے، اور تشنگی سلسل ہوتی ہے۔ شکم کا تمد عموماً بعد کی امارت ہے، اور تشدد کے مقام وقوع کے لحاظ سے مختلف ہوتا ہے۔ اگر تشدد چھوٹی آنت کے بالائی حصے میں ہے تو ممکن ہے کہ شکم چپٹا ہو یا مار سے اوپر صرف اس کا بالائی حصہ متمد ہو۔ اگر لگائی کا زیریں حصہ یا بڑی آنت

مضنوق ہے تو تمدن نسبتہ جلد ہی پیدا ہو جاتا ہے اور شکم یکساں طور پر بڑا ہو جاتا ہے۔ الیمیت عموماً تاخیر کے ساتھ یعنی تمدن نمودار ہونے کے بعد پیدا ہوتی ہے۔ اگر یہ حالت دفع یا درست نہ ہوئی تو خستگی یا حاد باریطونی التهاب سے (جس کی خاص علامت ایک عام منتشر الیمیت ہے) موت واقع ہو جاتی ہے۔ مدت مرض چار تا چھ روز ہے۔ جب آنت مسدود ہوتی ہے، مگر مضنوق نہیں ہوتی، تو مرض کی ابتدا نسبتہ زیادہ تدریجی اور غیر محسوس طور پر ہوتی ہے۔ درد و قفوں کے ساتھ اور کم شدید ہوتا ہے۔ برازی قحط اور تمدن تاخیر کے ساتھ ہوتے ہیں، اور دیوار شکم ڈیسیلی اور نرم ہوتی ہے۔ سنگ صفراء سے تسد ہونے کے باعث جو علامات پیدا ہوتے ہیں وہ اکثر ممیز ہوتے ہیں۔ اثنا عشری میں تفرج ہو جانے کے باعث اور ازاں بعد سنگ صفراء سے اثنا عشری کے تسد کے باعث پہلے وہ حاد ہوتے ہیں۔ خون کا اخراج یا خون کی قحط ہوتی ہے۔ پھر جب سنگ صفراء چھوٹی آنت میں سے گزرتا ہے تو علامات غائب ہو جاتے ہیں، لیکن اگر سنگ صفراء الفالسی اعوری مصراع کے مقام پر ٹک گیا تو علامات ایک دو روز میں پھر حاد طور پر نمودار ہو جاتے ہیں۔

مزمن تسد کے علامات۔ مزمن تسد جس، جیسا کہ حوضی قولون یا قولون نازل کے مرض خبیث کے باعث ہو جاتا ہے، ابتداً علامات صرف راز کے گزرنے میں متوسط درجہ کی رکاوٹ پر دلالت کرتے ہیں کیسے قدر مقامی درد اور کچا گاہے قحط ہوتی ہے، جو ادخال غذا سے کوئی خاص تعلق نہیں رکھتی۔ قبض بقیاعدگی کے ساتھ ہو جاتا ہے، لیکن وہ مغقات سے رفع کیا جاسکتا ہے۔ قبض وقتاً فوقتاً تھا تکلیف دہ ہوتا ہے، قحط زیادہ بار بار ہونے لگتی ہے مگر پھر بھی برازی نہیں ہوتی، شکم بہت متمدد ہو جاتا ہے، اور آنت کے بیش پروردہ لچھے حرکات دودیہ کے وقت شکم کی سطح پر سے نظر آئے لگتے ہیں۔ حرکت دودی کے ساتھ گڑگڑاہٹ کی آوازیں یا قراقر سانی دیکھتے ہیں۔

ممکن ہے کہ وقتاً فوقتاً چند سیال دست آجائیں، اور مائع برازی کی کمی بڑی تفریغیں ہو جائیں، جس سے شکم کی گنجائش جلد ہی کم ہو کر طبعی ہو جاتی ہے، اور تمام علامات میں آرام ہو جاتا ہے۔ ممکن ہے کہ واقعات کا یہ سلسلہ ایک سے زائد بار



رونا ہو، لیکن پھر ایسے ہی کسی حملہ میں تسدد کامل ہو جاتا ہے اور وہ حادثات سے، جو اوپر بیان کئے گئے ہیں، نمودار ہو جاتے ہیں۔

**محل تفتیق**۔ چوٹی آنت اور بڑی آنت کے تفتیقات کے درمیان ذیل کے فوقی نوٹ کرنے کے قابل ہوتے ہیں: اول الذکر میں قے جلد شروع ہو جاتی ہے، اور زیادہ تر اذخالی غذا سے پیدا ہوتی ہے۔ آخر الذکر میں، جیسا کہ پہلے بیان کیا جا چکا ہے، تمدد نسبت زیادہ ہوتا ہے، اور ممکن ہے کہ تفتیق یا بالیدہ بزر کے قرب میں ہونے کی وجہ سے پاخانوں کی شکل میں تغیرات پیدا ہو جائیں، اور وہ قیتہ نما ہوں۔ تا سیرجی بارہا موجود ہوتی ہے۔ جب تمدد بالخصوص قولون کو ماؤف کرتا ہے تو تمدد قولون صاعد و نازل اور قولون سترعص کی وجہ سے (جو درمیان میں سے نیچے کی طرف جھکتا ہے اور دوسرے دو لچھے بناتا ہے) آنت کے متعدد بڑے انتصابی لچھے نظر آ سکتے ہیں۔ جب چوٹی آنت خاص طور پر تمدد ہوتی ہے اور قولون ہبوط ہوتا ہے تو یہ تمدد لچھے شکم میں عرضاً پڑے رہتے ہیں اور اس طرح سیڑھی کا نمونہ (ladder pattern) بنا دیتے ہیں۔

**تسدد کی تشخیص**۔ تمدد واقع ہونے سے پہلے ماد معوی تسدد کو استواری کی غیر موجودگی اور نسبت زیادہ بار بار ہونے والی قے کی وجہ سے جو برازی ہو جانے کا رجحان رکھتی ہے، مختلف ماد شکی آفتوں (جیسے کہ ہضمی قرح کے انتشاب، التهاب نہاشلاہ، حاد نہر فی التهاب با نفرا س، اور التهاب ہر اسراہ اور قولنجی دردوں) (ملاحظہ ہو صفحہ 363) سے تمیز کیا جاسکتا ہے۔ جب تمدد موجود ہو تو معوی تسدد کو ماد التهاب با ریلون کے آخری درجہ سے (جو کسی سبب سے ہو) تمیز کرنا چاہئے۔ ماد رکود کی موجودگی کی دریافت دو مارینی حقنہ چند گھنٹوں کے وقفے سے دیکر کی جاسکتی ہے۔ پہلا حقنہ نیچے کی آنت کو صاف کر دیتا ہے۔ دوسرا حقنہ قبض کی موجودگی ثابت کر دیتا ہے، معاستقیم کا بھی انگلی سے امتحان کرنا چاہئے۔ تسدد کی اصابتوں میں وہ اکثر خالی اور قسح، یا غبارگی یافتہ ہوتی ہے۔

دوسری حالتیں جنہیں متفرق کرنا چاہئے ماسا ریسی سند ادیت اور علقیت اور ہینوٹ کا پراپیویرا (Henoch's purpura) ہیں اور یہ سب ایسے ہی علامات پیدا کر دیتی ہیں۔ لیکن حقنہ سے عموماً کچھ خون حاصل ہوگا۔ ماد تسدد کی

مشابہت بعض عضبی الاصل یا سمتی الاصل حالتوں سے ہو سکتی ہے، جن میں میکانی یا الہیبائی ضرات کا کوئی حصہ نہیں ہوتا۔ ان میں سے ایک حالت ہزال نخاع کے معدی بھرا ناس کی ہے، جن میں درد اور قے ہوتی ہے۔ لیکن ان میں شکم باز کشیدہ ہوتا ہے، اور قے کیا ہوا سیال اگرچہ مقدار میں بہت زیادہ ہوتا ہے تاہم وہ سیلابی اور پانی جیسا ہوتا ہے مگر برازی نہیں ہوتا۔ اسی مریض میں اسی طرح کے حملوں کی تکرار سے، اور رگبی جھکے اور صدقی سکور نور (pupil light reflex) کی غیر موجودگی سے ہزال نخاع کی تائید ہوگی۔ دوسری حالت آغا ز پذیر ذیابیطسی قوما (diabetic coma) کا حادثہ ہے، جس میں ایک سے زائد بار تقریباً علیہ کیا جانے کو تھا مریض کو عموماً غنودگی شروع ہونے کو ہوتی ہے، اور اگر اس کے بول کو دیکھا جائے تو اس میں شکر اور ایسیٹو ایسٹک ایسڈ (aceto-acetic acid) پائے جاتے ہیں۔ یوریا دمویت کی تشخیص مشکل ہو سکتی ہے، بالخصوص اسوجہ سے کہ مائل حیاتی کیمیائی تغیرات واقع ہو جاتے ہیں۔ لیکن اس میں قے برازی نہوگی۔ بروں شکمی فتق (extra-abdominal hernia) سے تسد ہونے کے امکان کو فراموش نہیں کرنا چاہئے، خواہ یہ فتق اُربی، فحزی، یا سادی ہو۔

علاج۔ جب حاد معوی تسد کی تشخیص قائم ہو جائے تو شکر شگافی یا پیٹ کو کھول دینے کا عملی بلاناخیر انجام دینا چاہئے۔ اور سبب تسد کی تحقیق کے بعد اسے رفع کرنے کی کوشش کرنی چاہئے، یا اگر ضرورت ہو تو آنت کو تسد سے اوپر اس کے سب سے زیادہ متمدد حصے میں سے صرف کھول کر ایک برازی ناسور قائم کر دینا چاہئے۔ مارچ تصفیقات اور ۶ فیصدی ڈیکسٹروز کے مستقیمی اثرات دئے جاسکتے ہیں اور ان سے بہت فائدہ ہوتا ہے۔ ضد ویلچ مصل (Anti-Welch serum) ۱۰ مکعب سینٹی میٹر دروں عضلی راہ سے، جو حسب ضرورت روزانہ دئے جائیں) سے اور صفراء کے مستقیمی اثرات سے علاج کا تذکرہ پہلے کیا جا چکا ہے۔ درد رفع کرنے کے لئے افیون یا مارفین کا دینا شاذ ہی قرین مصلحت ہے۔ اس سے درد میں کمی ہوتی ہے اور قے رک جاتی ہے، لیکن اس میں یہ سخت قحاحت ہے کہ دواہم علامات جاتی رہتی ہیں اور مریض کی حالت کے متعلق ایک اطمینان کا ذب پیدا ہو جاتا ہے حالانکہ مرض

ترقی پذیر ہوتا ہے۔ مقامی طور پر تار پنی کدات، یا فلاہین کے ٹکڑوں کو گرم پانی میں  
 چھوڑ کر اور ان پر صبیغہ لفاح (tincture of belladonna) یا صبیغہ افیون  
 (tincture of opium) چھڑک کر، یا پسی ہوئی اسی کی گرم پوٹشیں استعمال کرنے  
 سے مزید آرام حاصل ہو سکتا ہے۔

ہنرمندان میں، جو کہ بالخصوص قضیعات اور بالیدوں کا نتیجہ ہوتا  
 ہے، خواہ وہ چھوٹی آنت میں ہوں یا بڑی آنت میں، غذا کے انتخاب میں احتیاط لازم  
 ہے تاکہ ہضم باقاعدہ رہے اور معمولی مشمولات تصفیق کے پار باسانی گزر جائیں جیسے  
 اور کبھی کبھی ملینیات استعمال کر کے وقتاً فوقتاً تفریح قائم رکھنا چاہئے۔ اگر قبض نہایت  
 سخت ہو، اور بالخصوص اگر تمدن زیادہ ہو اور قے ہو تو علاج حادثہ کے علاج  
 سے مشاغل ہونا چاہئے۔ افیون، لفاح کے ساتھ یا بلاللفاح کے دیجا سکتی ہے اور غذا  
 صرف خفیف مقداروں میں یا براہ معارضہ مستقیم دیجاتی ہے، اور اس طرح جلد سکون حاصل  
 ہوتا ہے۔ بالآخر اگر زندگی کی تطویل کرنا ہے تو عملیہ کرنا ضروری ہوگا۔

رازی اجتماعات کے لئے عموماً حقن بڑے بڑے اور بار بار دینا کافی ہونگے  
 لیکن ایسے مریض کے لئے احتیاط کے ساتھ غذا، ورزش، بجلی یا ڈلک کے ذریعہ  
 طویل عرصہ تک زیر علاج رہنا ضروری ہے، تاکہ آنت کو اس کی مابقی قوت دوبارہ  
 حاصل ہو جائے۔

## انغماد الامعاء

(intussusception)

اگر آنت کا ایک فلقہ، یا یوں کہئے کہ اس کے چند انچ، اس کے فوری  
 متصل حصے کے اندر پھسل کر داخل ہو جائیں، تو وہ انغماد الامعاء کہلاتا ہے۔  
 یہ فی الفور سمجھ میں آجائے گا کہ اس میں باہر سے اندر کی طرف آنت کے مرکز کو جھپٹتے ہوئے  
 معمولی دیوار کی تین تہیں پائی جانی چاہئیں، جن میں سے سب سے اندر والی تہ کو  
 دخال تہ (entering layer) سب سے باہر والی کو گیر تہ (receiving  
 layer) یا غلاف، اور ان دونوں کو جوڑنے والی تہ کو درمیانہ تہ

(middle layer) کہہ سکتے ہیں۔ یہ ظاہر ہے کہ آنت کا کوئی بھی حصہ اپنے اوپر والے فلقہ کے اندر داخل ہو کر ایک انفاد صاعدا (ascending intussusception) یا اپنے نیچے کی آنت کے اندر داخل ہو کر انفاد نازل (descending intussusception) ساکتا ہے۔ ہمیں علما ہمیشہ آخر الذکر سے ہی واسطہ پڑتا ہے۔

انفادات آنت کے کسی بھی حصے میں واقع ہو جاتے ہیں، اور ان کے نام بھی اسی لحاظ سے رکھے گئے ہیں۔ مثلاً چھوٹی آنت کے انفادات معوی، اور بڑی آنت کے قولونی یا مستقیمی کہلاتے ہیں۔ لیکن لفائفی اور قولون کے نقطہ اتصال پر دو قسموں کے انفادات واقع ہوتے ہیں: (۱) لفائفی اعوری جس میں لفائفی اور اعور قولون صاعد کے اندر داخل ہو جاتے ہیں، لفائفی اعوری مصراع سب سے آگے بڑھا ہوا نقطہ ہوتا ہے، لفائفی دخال تہ ہوتی ہے، اور اعور درمیانی تہ کا سب سے آگے بڑھا ہوا حصہ۔ (۲) لفائفی قولونی جس میں لفائفی کا سب سے نیچے کا حصہ لفائفی اعوری مصراع کے پار ٹرکس ہو جاتا ہے، یعنی ایک معوی انفاد کا سلسلہ قولون کے اندر تک چلا جاتا ہے۔ لفائفی قولونی انفادات ان مختلف قسموں میں سے نفاذ ترین قسم ہے، اور لفائفی اعوری سب سے زیادہ عام ہے، کیونکہ وہ تمام اصابتوں میں سے تقریباً نصف میں ہوا کرتی ہے۔

ایک انفاد واقع ہونے پر نہایت اہم تغیرات رونما ہو جاتے ہیں، جن کا انحصار آنتوں کی تشکیلی مجاورتوں پر ہوتا ہے۔ اگر یہ انفاد کچھ بھی وسیع ہو تو ایک دبیز اسطوانی ورم بنا دیتا ہے، کچھ تو اس وجہ سے کہ آنت کی پوری گولائی میں ایک تہ کے بجائے تین تہیں موجود ہوتی ہیں، اور کچھ اس وجہ سے کہ امٹلا اور ہیج موجود رہتا ہے جس کی توجیہ ابھی کی جائے گی۔ آنت کی ماساریقی مجاورتوں کی وجہ سے یہ اسطوانہ خمیدہ شکل کا ہوتا ہے، کیونکہ اس کی اندرونی اور درمیانی تہوں کو رسد پہنچانے والے عروق اتنے ہی لمبے ہوتے ہیں کہ جتنے گیرندہ تہ کو رسد پہنچانے والے عروق، اور باوجود اسکے انھیں نہ صرف انفاد کے کنارے تک پہنچنا پڑتا ہے، بلکہ اس کے اندرون میں اندرونی اور درمیانی تہوں کے درمیان بھی جانا پڑتا ہے، جس سے آنت کے اس حصے کے بالائی سرے پر کھنچاؤ پڑتا ہے۔ جوں جوں انفاد بڑھتا ہے وہ آنت میں

اور آگے حرکت کرتا جاتا ہے، اور ممکن ہے کہ ایک لفافنی معویٰ انفاد کا اندر ٹنی استوانہ معاً مستقیم نکچ پہنچ جائے، بلکہ مبرز میں سے باہر ابھر آئے۔ اس کے ساتھ ہی سائے یہ سلحہ نسبتہ بڑا ہو جاتا ہے۔ عروق کی متذکرہ صدر ترتیب کا یہ نتیجہ ہوتا ہے کہ وہ مضبوط اور مضنوق ہو جاتے ہیں، جس کی وجہ سے انفاد کی دیواروں کا امتلاء، اور اذیم، بلکہ اس کی مخاطی سطح سے زرف واقع ہو کر معاً مستقیم کی راہ سے خون خارج ہونے لگتا ہے۔ یہ واقعہ تشخیص مرض میں سب سے زیادہ کار آمد ہوتا ہے۔ اگر یہ حالت جلد ہی ہلک انجم کو نہ پہنچ جائے تو آنت کی تہوں میں التهابی تغیرات پیدا ہو کر انھیں باہم پوستہ کر دیتے ہیں، جس سے انفاد کے آگے بڑھنے اور اس کی ترجیع دونوں میں رکاوٹ پیدا ہو جاتی ہے۔ اور بالآخر، ممکن ہے کہ دخال اور درمیانی تہوں کی دموئی رسد کی تخلیق کی وجہ سے یہ تہیں لنگریں ہو کر اغاثات پذیر ہو جائیں، اور معاً مستقیم کی راہ سے خارج ہو جائیں۔ اگر اس واقعہ سے پہلے دخال تہ کا بیرونی اور درمیانی تہوں کے درمیانی زاویہ کے ساتھ منسبوط انضمامی الحاق ہو چکا ہے تو آنت کی قتال علاوہ قائم ہو جاتی ہے، اور نتیجہ حقیقی شفا یا بی ہونا ہے، اگرچہ ایسا نہایت شاذ ہی ہوتا ہے۔ اگر یہ الحاق نامکمل ہو تو اندرونی استوانہ کی علیحدگی کے بعد ہلک مابدری واقع ہو جاتی ہے۔

بحث اسباب۔ معویٰ التهاب، انفاد الامعاء کا عام ترین سبب معد ہے۔ بعض اوقات انفاد راست تضررات کے بعد پیدا ہو گیا ہے۔ بعض اوقات معویٰ سعدانے اور سرطانات اس کا سبب ہوتے ہیں، اور معلوم ہوتا ہے کہ میناک کے پریور (Henoch's purpura) میں یہ معوی دیوار کے اندر زرف واقع ہونے کی وجہ سے پیدا ہو جاتا ہے۔ یہ ہر عمر میں ہو سکتا ہے، لیکن طفلی میں بہت زیادہ کثیر الوقوع ہے۔ انفاد کی فوری میکانیت کے متعلق کوئی ایسی بات نہیں کہی جاسکتی جو متعین ہو، سوائے اس کے کہ وہ غیر منظم حرکت دودی کی وجہ سے ہوتا ہے۔ علامات۔ ماد انفاد کا حملہ اس تشخیص کے حملہ سے غیر مشابہ نہیں ہوتا۔ جو بندوں کے ذریعہ سے واقع ہو جائے۔ یعنی مریض کی قدر دفعۃً درد میں مبتلا ہو جاتا ہے جو کم و بیش ستر ہوتا ہے، اگرچہ یہ درد وقتاً فوقتاً زیادہ بھی ہو جاتا ہے، اور مرد و عیسیٰ

نوعیت رکھتا ہے بشیر خوارچے میں اس کا آغاز بچہ کے چنچ اٹھنے سے ظاہر ہوتا ہے۔ سلی اور نئے بھی ہوتی ہے، لیکن قبض ابتداً نہیں موجود ہوتا۔ اس کے برعکس عموماً اجابت ہو کر لی ہے، اور یا تو رقیق براز یا (جیسا کہ انعام کا مہمہ خاتمہ ہے) خون مخاط کے ہمراہ یا اس کے بغیر خارج ہوتا ہے۔ فی الحقیقت یہ مادہ اصابتوں میں خون براہ معاد مستقیم خارج ہوتا ہے۔ اور اکثر اوقات بلا ارادہ کا نکلنا اور تادیر موجود ہوتی ہے شکم میں زیادہ سوزم نہیں ہوتا۔ لیکن امتحان کرنے پر عموماً ایک دوسرا مہمہ خاصہ آشکارا ہو جاتا ہے، یعنی اس سلسلہ کی موجودگی جو انعام کی وجہ سے پیدا ہو جاتا ہے۔ اس کا مفعول وقوع قدرتا مقام ضرر پر منحصر ہوتا ہے۔ نسبت معمولی افغانی اعورسی قسم میں وہ ابتداً ڈائیں پہلو میں واقع ہوتا ہے، لیکن جوں جوں انعام زیادہ ہوتا جاتا ہے وہ ناف کے محلے میں محسوس ہونے لگتا ہے، اور عموماً بیضی، استوائی، یا ٹکڑے شکل ہوتا ہے، اور ناف سے اوپر شکم میں عموماً پڑا رہتا ہے۔ ازاں بعد وہ بائیں پہلو میں بائیں مرقعی حفرہ کے اندر چلا جاتا ہے، اور بالآخر اسے انگلی معاد مستقیم کے اندر محسوس کر سکتی ہے، یا وہ حقیقتہً ہمز سے باہر ابھر آتا ہے۔ بعض اوقات کامل قبض ہوتا ہے اور ساتھ ہی بہت نمد اور بازی قے ہوتی ہے۔ اور کبھی ہبوط بہرعت شروع ہو کر جو بیس گھنٹوں میں، یا دوسے پانچ یا چھ دنوں تک میں موت واقع ہو جاتی ہے۔ بالکل غیر شیر خواروں میں موت باخصوص مریخ الوقوع ہوتی ہے۔

لیکن علامات ہمیشہ استدر حد نہیں ہوتے، اور درحقیقت انعام کا مہمہ بلکہ مہینوں موجود رہنا ممکن ہے۔ ان زیادہ مزمن اصابتوں میں آنت کی ماؤف شدت وسعت عموماً کم ہوتی ہے، اگرچہ اس کی قتال کامل طور پر مسدود نہیں ہوتی۔ اس طرح پاخانہ ہونا ممکن ہوتا ہے، اگرچہ اس کے ساتھ ہی تقریباً نصف اصابتوں میں خون بھی خارج ہوتا ہے، مریض کو دورے کے ساتھ مڑاؤ جیسے درد ہوتے ہیں، گویہ لازمی ہیں کہ یہ بڑی شدت کے ہوں شکم رخو ہوتا ہے، اور انعام دی سلسلہ ایک اہم مہمہ خاصہ پیش کرتا ہے، یعنی ایک تغیر پذیر کیفیت، چنانچہ وہ مڑاؤ کے دردن کے ساتھ ہمزمان طور پر سخت ہو جاتا ہے، لیکن ان کے رفع ہو جانے کے بعد جلد ہی نرم، بلکہ غیر محسوس ہو جاتا ہے۔

تحت الحاد اور مزمن امیابوں کے اعتقالات مختلف ہوتے ہیں لیکن کہ  
اُن کا نتیجہ خستگی کی وجہ سے بالآخر موت ہو، یا کامل تسد معقے، قبض، تشکم  
اور مرنی پتھوں کے۔ یا ممکن ہے کہ وہ ایک مقامی التهاب باریطون پیدا کر دیں، جس کے  
بعد پھوڑا بھجائے یا زیادہ عمومی التهاب باریطون ہو جائے۔ یا متعدد حصہ بذریعہ نشا  
علحدہ ہو جائے، اور اس طرح معوی قنل پھر قائم ہو جائے۔

تشخیصیں۔ انفاد کے خاص صفات یہ ہیں: شنجی درد، قے، معاستقیم  
سے خون کا آنا اور ایک ایسے بیضوی یا لیونزے سلحہ کی موجودگی جس کی کثافت  
لمبہ بہ لمحہ بدلی ہو، اور جو قولون کے ممر میں اقامت گزین ہو، یا معاستقیم میں واقع  
ہو لیکن تاویسکہ ایک معدم جس نہ دیا جائے، ہمیشہ محسوس نہیں کیا جاسکتا، بالخصوص  
اُن شے غوازیوں میں جتنے تشکم بہت متعدد ہوں۔ بچوں میں معوی التهاب  
اور ضمیر ہی اسہال کا اس سے مشابہ ہو جانا ممکن ہے، اور بعض اوقات منتقبض  
آنت کا ایک ٹکڑا ایک رسولی بنا دیتا ہے۔ زیادہ اکثر خون مخاط کے ساتھ مخلوط ہوتا  
ہے۔ ہیناک لمبے بریوٹرا (Henoch's purpura) میں دوسرے مقام پر بھی ضررات  
ہو سکتے ہیں اور متعدد مفاصل کا التهاب (multiple arthritis) بھی موجود ہوتا ہے۔  
بیریم کے حقہ کے بعد لامشعاعی امتحان سے کام لیا جاسکتا ہے۔

علاج۔ حاد انفاد کے تدارک کے لئے جسطرح جلد ممکن ہو ترجیح کی کوشش  
کرنی چاہئے، اور اگرچہ بعض امیابوں کا علاج مستقیم اور قولون کے اندر تالیات کے  
اشرب سے کامیابی سے ساندھ کیا گیا ہے، تاہم جراح کے لئے زیادہ بے خطر اور زیادہ یقین  
طریقہ علامت یہی ہے کہ تشکم تشگافی کا عملہ کر کے احتیاط کے ساتھ جر کے ذریعہ انفاد کی ترجیح  
کروے۔ نسبت زیادہ طویل المدت امیابوں میں ممکن ہے کہ انفادات کی وجہ سے  
ترجیح ناممکن ہو۔ ایسی صورت میں تو دے کے کچھ حصہ کا یا پورے تودہ کا استئصال زنی  
عمل میں لانا چاہئے۔

مزمن قسموں میں بھی جبکہ اس ضرر کی نوعیت شناخت ہو جائے  
کروینا چاہئے۔

# ہرش نیرنگ مرض

(HIRSCHSPRUNG'S DISEASE)

(کلانی قولون - megacolon)

یہ ایک نادر مرض ہے، جس کا خاصہ قولون کا اتساع اور بیش پرورش ہے۔ بہت سی اصابتوں میں اس کے علامات زندگی کے ابتدائی چند ہفتوں میں شروع ہوجاتے ہیں، دوسری اصابتوں میں ابتدائی طفل میں، اور باقی اصابتوں میں اس سے بھی بعد ہوتے ہیں۔ قبض سخت قسم کا اور متواتر ہوتا ہے، جس میں ایک وقت میں وہاں ہفتوں تک پاخانہ نہیں ہوتا۔ شکم بے انتہا متمدد ہوتا ہے، چنانچہ اس سے سینہ پر جو دباؤ پڑتا ہے وہ بذات خود ایک خطرہ ہو سکتا ہے۔ شکم کی دیواروں میں سے قولون کے متمدد لچھے نظر آسکتے ہیں، ان لچھوں میں حرکات دودیدہ نظر آتے ہیں۔ بچہ ڈبلا ہوجاتا ہے اور نسبت زیادہ عمر والے مریضوں میں ناقص تغذیہ اور پھیکے زرد رنگ کی جلد دیکھی جاتی ہے۔ یہ مرض سرخ طور پر ہلکے عمر نہیں طے کرتا، لیکن بین رومرض اور ستم الدم کی وجہ سے موت واقع ہوجانے کا خطرہ ہوتا ہے۔ موت کے بعد قولون اپنے معمولی قطر کی نسبت ڈگن یا بیگنا تنوع اور اکثر بہت مٹھول پایا جاتا ہے۔ اور طویل المدتہ اصابتوں میں عضلی ریشہ، بالخصوص مدورتہ کے، بہت بیش پروردہ ہوتے ہیں۔ بلحاظ اس امر کے کہ اتساع کا آغاز مبرز سے عین اوپر ہوتا ہے یا حوضی مستقیمي عوجہ سے عین اوپر، اس مرض کی اصابتوں کی دو قسمیں ہوتی ہیں، جو تقریباً مساوی طور پر عام ہیں۔ امراضیات کے متعلق نہایت قویٰ عقل رائے یہ ہے کہ اس مرض کو مری کے مزین اتساع سے مشابہ تسلیم کرتے ہوئے، اسے مبرز یا حوضی مستقیمي عوجہ کے تسدد (عدم ارتجاع) کا ثانوی نتیجہ سمجھا جائے (64)۔

تشخیص - کلانی قولون اتنی غیر عام نہیں۔ لاشعاعوں کے ذریعہ آنت میں گیس کی بہت بڑی مقداریں دیکھی جاتی ہیں، جو کہ بائیں ڈایا فرام کو اوپر دھکیل دیتی



اور جگر سے اوپر اٹھ آتی ہیں۔ لگائیڈین آسانی سے داخل کی جاسکتی ہے، اور ایک قسح قولون دیکھا جاتا ہے۔ یہ ایک بہریم طے ہوئے حقنہ سے بھی نظر آتا ہے۔

علاج۔ اس امر کی کوشش کرنی چاہئے کہ قولون براز سے خالی رہے منہل اور چنداں کار آمد نہیں، مہرزی قسم میں ایک مستقیمی ٹی کی وسالت سے قولون کو روڑا نہ بننا دھو سکتے ہیں۔ آخر الذکر کو قولون کے اندر رات بھر رہنے دیا جاسکتا ہے۔ حوضی مستقیمی قسم میں علاج استدر آسان نہیں ہوتا لیکن تیل یا گلیسرین کے حقنہ مفید ہو سکتے ہیں۔ ممکن ہے کہ پشوڑین (ایک مکعب سم بذریعہ اشراق) برق اور دلک بھی حملہوں مہرزی عاصہ کو قسح کیا جاسکتا ہے۔ ممکن ہے کہ جراحی عملیہ کی ضرورت پڑے، جو یا نو قولونی تغویہ ہوتا ہے یا لفائفی قولونی تغویہ، یا قولون کے قسح حصے کا استیصال کامل۔

363

## جگر کا امتحان

جگر دائیں مرقاتی خطے میں، سیلیوں سے نیچے واقع ہے، اور شرا سیف کے بالائی حقہ کے وار پار پھیلتا ہے۔ طبعی حالت میں وہ آخر الذکر مقام پر شاذی محسوس کیا جاسکتا ہے، اور وہاں بھی صرف اسی وقت جبکہ شکمی جداریں بہت تپلی ہوں۔ قرع کرنے سے پستانی خط میں اصمیت (کبدی اصمیت) چھٹی سیلی کے بالائی کنارے سے ایک ضلعی حاشیہ تک پائی جاتی ہے۔ مغلی خط میں کبدی اصمیت آٹھویں سیلی سے، اور عظم الکثف کے زاوہ کے خط میں دسویں یا گیارہویں سیلی سے شروع ہوتی ہے۔ جب یہ عضو برا ہو جاتا ہے تو وہ ضلعی حاشیہ سے نیچے نکلا ہوا ہوتا ہے اور اس کا زیرین حاشیہ دائیں پہلو سے بائیں ضلعی حاشیہ تک شکم کے دار بار پھیلا ہوا ہوتا ہے۔ یہ اصمیت ایک تھناظر درجہ تک نیچے شکم کے اندر بھی پھیلتی ہے، لیکن چونکہ اس کے نیچے آنتیں موجود ہوتی ہیں، لہذا یہ اصمیت جگر کی آزاد کور کے قریب اتنی کامل خیرانی حتیٰ کہ اس سے نسبتہ اوپر سینہ کے حدود کے اندر جگر کا داخل صرف اسی وقت ہوتا ہے جبکہ اس کی کلانی (۱) عمومی کی نسبت زیادہ تر محدود المقام ہو، جیسے کہ کلانی جوہر طان، کیسیہ، یا پھوڑے کے سبب سے ہوا کرتی ہے۔ یا (۲) جبکہ بیک

اس کے نیچے کی کوئی چیز اوپر کی طرف دھکیل دے۔

ظاہری کٹانی جگر کو تنگ کئے سے، یا سینہ میں سلعات یا پٹیورائی التباہی سیال کی وجہ سے پیدا ہو جاتی ہے۔ اول الذکر جگر کو تنصاً باللبا کر دیتا ہے، آخر الذکر میں پورا جگر اپنی جگہ سے ہٹ جاتا ہے۔ جگر کا نیچے ہٹ آنا یا اس کا سقوط ہر ض غلینڈارڈ (Glenard's disease) کے ایک جزو کے طور پر بھی واقع ہوتا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 339)۔ ممکن ہے کہ متعدد مرارہ، کبدی اضمیت کے زیریں کنارے پر ایک گلوبو سیمینا آبھار کے طور پر خط پستانی میں محسوس ہو۔

کبدی شریان جگر کو بننے والے خون کا ۲۰۔۴۰ فیصدی بہم پہنچاتی ہے، اور بانی و رید اس کا بقیہ حصہ۔ کتے کا جگر فی منٹ اپنے وزن کے ۱۰ حصہ کے برابر خون وصول کرتا ہے۔ جگر کی حقیقی تشریحی تقسیم دو مساوی لختوں میں ہوتی ہے، اور یہ دارہ کے قعر سے لیکر تحتانی و رید اجوف والے میزاب تک کھینچے ہوئے خط سے واضح ہوتے ہیں نہ کہ بجلی اشکل رباط سے۔ بانی و رید میں دو کم و بیش جدا گانہ دموی روئیں پہلو بہ پہلو پائی جاتی ہیں۔ بہاؤ کا رخ ماسا رینی رقبہ سے دائیں لختہ کی طرف ہے، اور طحال سے بائیں لختہ کی طرف (65)۔ طحال اور جگر کو لاشعاعوں کے لئے غیر شفاف بنانے کا طریقہ یہ ہے کہ ثوریم (thorium) (تھور وٹراسٹ = thorotrast) کی ایک تجہیز کا دروں و ریدی اشہ آب کیا جائے، جس کو شبکی درحلی نظام اخذ کر لیتا ہے (66)۔

## کبدی وظیفہ اور وظیفہ کا شفا

جگر کے وظیفہ کا صحیح علم، اس تاریخ سے شروع ہوتا ہے جبکہ مان (Mann) نے کتوں کے جگروں کے استیصال کا عملیہ ایجاد کیا (67)۔ اس عملیہ کے بعد حیوان تین گھنٹہ یا زیادہ تک طبی معلوم ہوتا لیکن عضلی کمزوری کی شدید علامات کیستدر دفعۃ نمودار ہو جاتی ہیں، اور بعد ازاں جھٹکے اور تشنجات بھی پیدا ہوتے ہیں۔ یہ قلیل شکر دمویت کی وجہ سے پیدا ہوتے ہیں اور شکر دیکر ان کو متوقف کیا جاسکتا ہے، چنانچہ حیوان کچھ مدت کے لئے دوبارہ طبی ہو جاتا ہے۔ لیکن پھر علاج بے باوجود

زیادہ شدید علامات نمودار ہو جاتے ہیں اور حیوان قوام کی حالت میں مرجاتا ہے۔ قلیل  
شکر دمویت اس لئے پیدا ہوتی ہے کہ جسم مسلسل شکر جلائے جاتا ہے، اور اسکے لئے  
جو واحد منبع رسد ہے، یعنی جگر، وہ مفقود ہوتا ہے۔ دوسرے حیاتی کیمیائی تغیرات  
دموی یوریا کی کمی اور پیشاب میں امیونیا اور یوریا کی کمی ہیں اور امینو اسڈز  
(amino-acids) میں زیادتی ہو جاتی ہے۔ اس کی وجہ یہ ہے کہ جگر میں امینو یورڈی  
ہو کر یوریا کی تشکیل قدرتی طور پر ہوتی ہے، اور اس یوریا کا کچھ حصہ گردوں کے ذریعہ  
امیونیا میں تبدیل ہوتا ہے۔ دموی یورک اسڈ میں زیادتی ہو جاتی ہے، کیونکہ جگر  
قدرتی طور پر اس کو برباد کرتا ہے، اگرچہ آدمی میں ایسا ہونے میں کچھ شبہ ہے۔ نیز یورٹا  
ہوتا ہے، کیونکہ طحال اور لب کے شبکی درحلی خلیات (نیز جگر کے کو فری خلیات  
Kupffer cells = دموی صنف سے اس کا حدید بردار حصہ الگ کر دیکر بائلی روبین  
bilirubin) بناتے ہیں۔ کبدی خلیات اس بائلی روبین کو اپنے اندر جمع کر لیتے اور  
اس کا افز و صفراوی قنالچوں میں اور پھر صفراوی قنالوں میں کرتے ہیں (68)۔ یہ تمام  
تغیرات شدید کبدی مرض یعنی حادثہ خنز اور سرطان میں وقتاً فوقتاً مشاہدہ کئے گئے ہیں۔  
اس کے علاوہ، جگر سم رُبا خواص رکھتا ہے، اور دموی فائبروجن جس کو جگر پیدا کرتا ہے،  
(69) مرض کی حالت میں گھٹ کر زف واقع ہو جاسکتا ہے، اسبطرح مصلی کیشیم بھی  
گھٹ سکتا ہے۔ ممکن ہے یورو بائلین بولیت (urobilin-uria) موجود ہو، کیونکہ طبعی  
حالت میں بائلی روبین قتالی غذائی کے اندر یورو بائلین (urobilin) میں تبدیل ہو جاتی ہے  
جس کا کچھ حصہ براز کی سٹر کو بائلین (stercobilin) کی حیثیت سے خارج ہو جاتا ہے، لیکن  
بقیہ حصہ قتالی غذا میں دوبارہ جذب ہو جاتا اور جگر میں واپس ہو جاتا ہے جہاں وہ صفراوی  
صنف میں دوبارہ تبدیل ہو جاتا ہے۔ اگر کبدی وظیفہ میں خرابی واقع ہو تو وہ دوران خون  
میں نکل جاتا ہے اور گردوں کی راہ سے یورو بائلینوجن (urobilinogen) کی حیثیت سے  
خارج ہوتا ہے۔

طبعی جگر باز تکوین کی بہت بڑی طاقت رکھتا ہے۔ چنانچہ اگر اس کا ۹۰ فیصد  
حصہ دور کر دیا جائے، تو طبعی مقدار خندہ ہی ہفتوں میں پائی جاتی ہے۔ جگر کی بہت  
تھوڑی مقدار اس کی تمام فعالیتوں کے لئے کافی ہوتی ہے، چنانچہ نمایاں تغیرات

جیسے کہ قلیل شکر دُمویٹ، مرض کے نہایت ہی شدید درجے میں پائے جاتے ہیں اور خفیف اقسام میں نام نہاد و طیفی کاشفات کے ذریعہ کہ جنگی ایک بہت بڑی تعداد بیان کی گئی ہے، کسی قدر غیر یقینی نتائج حاصل ہونے کا امکان ہے۔ ان میں سے جو اہم ترین وہ نیچے بیان کئے گئے ہیں۔

کاشفہ بلند ریوٹولوز (Lævulose test) - اس کاشفہ کا انحصار اس حقیقت پر ہے کہ جب لیوٹولوز غذائی خنال سے جذب ہو کر بانی دوسرے میں پہنچتی ہے تو مگر اُسے بطور اخذ کر لیا ہے اور اسی واسطے وہ نظامی دوران خون میں نہیں پہنچنے پاتی۔ اگر مگر مرضی ہو تو لیوٹولوز اُس میں اس طرح محسوس نہیں رہتی بلکہ وہ مگر کے اندر سے گذرتی ہوئی نظامی دوران خون کے اندر پہنچ جاتی ہے اور دُموی شکر میں زیادتی پیدا کر دیتی ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 462)۔ اس کاشفہ کے عمل میں لانے میں لیوٹولوز کی ۵ گرام کی معادلہ بن کی راہ سے لی جاتی ہے۔ دُموی شکر کی تخمین اس سے پہلے، اور پھر اس کے نصف گھنٹے، ایک گھنٹے، اور دو گھنٹے بعد کی جاتی ہے۔ طبی حالات میں ممکن ہے کہ نہایت خفیف زیادتی ہو، جو ۰.۱ سے کم ہوتی ہے۔ چنانچہ اگر دُموی شکر ۰.۱ فیصدی ہے تو ایک گھنٹے کے بعد وہ ۰.۱۱ فیصدی سے زائد نہ ہوگا لیکن اگر مگر کے وظیفہ میں خرابی واقع ہوگئی ہے، جیسا کہ نازلتی یرقان میں یا آرسینو بنیزال کے تسمم میں ہونا ممکن ہے، تو ممکن ہے کہ دُموی شکر نصف گھنٹے میں ۰.۱۵ فیصدی تک، اور ایک گھنٹے کے اختتام پر ۰.۱۹ فیصدی تک بڑھ جائے، اور پھر وہ بتدریج کم ہو کر معمولی درجہ پر آ جاتی ہے (70)۔ دُموی شکر کی زیادتی کے ساتھ ساتھ اکثر لیوٹولوز مشاب میں بھی نمودار ہو جاتی ہے، کیونکہ گردہ اسے بہت جلد خارج کر دیتا ہے۔ اس کاشفہ کا مقابلہ خفیف ذیابیطس شکر (diabetes mellitus) کے کاشفہ سے کرنا چاہئے (ملاحظہ ہو صفحہ 464)۔ لیوٹولوز کی طرح گلاکٹوز (galactose) بھی (۴۰ گرام ۴۰۰ سی۔ سی۔ پانی میں) ایک کاشفہ کے طور پر کام میں لائی جاتی ہے، کیونکہ طبی حالت میں اس سے دُموی شکر میں کوئی زیادتی نہیں ہوتی، یا زیادہ سے زیادہ ۰.۲ فیصدی ہوتی ہے۔ اگرچہ بچوں میں اس سے بلند زیادتی ۱.۱ تک پائی گئی ہے (71)۔ اس کے استعمال کے بعد کے تین گھنٹوں کے دوران میں پشاب کے اندر

ایک گرام سے کم ٹکڑے موجود ہوتی ہے (72) 'یا چھ گھنٹوں کے دوران میں ۲ گرام۔  
 لیکن ہے کہ کبدی وظیفہ کا بڑا نقص کا کردگی یرقان یا استسقا و شکمی کے  
 وقوع سے ظاہر ہو جائے، جس کا بیان اب درج ہوگا۔ اس تعلق میں بعض مخصوص کاشفات  
 موجود ہیں، بیضے و آن ڈن برگ کے کاشفات (Van den Bergh's tests) صفراوی  
 لمحات کے لئے تھے کا کاشف (Hay's test) اور یوروبالین (urobilin) کے لئے  
 پیشاب کا امتحان (ملاحظہ ہوں صفحات 386، 509)۔

## یرقان

(jaundice)

یرقان سے خون کے اندر اجزاء صفراء کا دوران کرنا مراد ہے۔ زمانہ ماضی  
 میں یہ اصطلاح صرف جلد اور مخاطی اغشیہ کی اس زرد تلوین کے لئے مستعمل تھی جو  
 صنفہ صفراویہ سے ہوجاتی ہے، لیکن اب یہ وسیع تر معنوں میں مستعمل ہے اور اسکا اطلاق  
 اُن اصابتوں پر بھی کیا جاتا ہے جن میں خون کے اندر صفراوی لمحات تو موجود ہوتے ہیں  
 مگر صنفہ صفراویہ نہیں ہوتا (یہ یرقان مفترق کی ایک قسم ہے) علاوہ ازیں ان  
 اصابتوں پر بھی جن میں صنفہ صفراویہ اتنی خفیف مقدار میں موجود ہوتا ہے کہ اسکا رنگ  
 نہیں پیدا ہوتا (یرقان مخفی)۔

علامات - صنفہ صفراویہ کے رنگ کی وجہ سے جلد کی رنگت کم و بیش  
 گہری زرد ہوجاتی ہے، ملتحات چشم زرد ہوجاتے ہیں، اور غریٰ اغشیہ مخاطیہ کا  
 قدرتی رنگ زرد رنگ کی وجہ سے مزید طور پر ترمیم یافتہ ہوجاتا ہے۔ کہنہ اصابتوں  
 میں جلد کا رنگ زیادہ گہرا ہو کر بالآخر اس میں ایک کسبزی مائل یا بھوری زیتونی جھلک  
 آجاتی ہے۔ اسے پہلے سبز یا سیاہ یوقان (green or black jaundice)  
 کے نام سے قیصر کرتے تھے، اور اس کی وجہ یہ ہے کہ مزمن اصابتوں میں باہلی روہین  
 یعنی صفراء کا زرد صنفہ جلد میں تھکید واقع ہو کر بتدریج باہلی وردین (biliverdin)

385

لے انگریزی لفظ 'jaundice' یا 'jaune' سے اخذ ہے جس کے معنی زرد ہے۔

میں تبدیل ہو جاتا ہے۔ اس زرد رنگ کو ان دوسرے لونی تفتات سے ممتاز کرنا چاہئے جو حالت مرض میں واقع ہو جاتے ہیں، جیسے کہ مختلف عدم دہویت (pernicious anemia) کی حالتوں کا ترکیبی زرد رنگ، ملیانی صفہ (malarial cachexia) کا پھیکا رنگ، ایڈیسن (Addison) کے مرض کا بھورا رنگ اور زرد رنگ جو ایک صنف کبار وٹالین (carrotin) کے باعث ہوتا ہے اور ہرزہ کاریاں اور گاہریں زیادہ مقدار میں کھانے کے بعد جلد میں پیدا ہو جاتا ہے۔ عموماً ملحقہ یعنی آنکھ کی بیرونی جھلی میں رنگ کی شنائست نوب ہوسکتی ہے، لیکن بعض اوقات اس میں تحت المستقر شحم یعنی ملحقہ کے نیچے چربی کے چھوٹے تودے ایسی جھلک پیدا کر دیتے ہیں جو اس رنگ سے بہت کچھ مشابہ ہوتی ہے۔

اس کے ساتھ ہی پیشاب کا رنگ بھی صنف صفر اوہ کی موجودگی کی وجہ سے تبدیل ہو جاتا ہے۔ تھوڑی مقدار میں یہ آٹے ایک شوبخ زعفرانی رنگ دے دیتا ہے جو سطح پر بنے ہوئے کسی جھاگ میں بہترین نظر آتا ہے۔ اگر صفر اوہی صنف زیادہ ہے تو پیشاب کی قدر بھورے زرد یا زردی مال بھورے رنگ کا، بلکہ پورٹ (porter) کی طرح سیاہ بھورے رنگ کا ہو جاتا ہے۔ اگر اس پیشاب میں کتان یا کاغذ ڈبویا جائے تو وہ شوبخ زرد رنگ کا ہو جاتا ہے۔ لیکن صنف صفر اوہ کی موجودگی ان کیمیائی کاشفات کے استعمال سے زیادہ یقینی طور پر ثابت کیجا سکتی ہے جو ابھی بیان کئے جائینگے۔ جسم کے دوسرے افرانات میں سے پسینہ بعض اوقات زرد رنگ کا ہو جاتا ہے۔ دودھ یا نوالی عورتوں کا دودھ، آنسو، اور لعاب دہن شاذ ہی رنگین ہوتے ہیں۔ دماغی نخاعی سیال عموماً رنگین نہیں ہوتا۔ یرقان کے حملہ کے آغاز و اختتام پر یوروبیلین (urobilin) صنف صفر اوہ سے مشتق ہے، پیشاب میں اکثر موجود ہوتی ہے، لیکن صنف صفر اوہ خود بالکل نہیں ہوتا، اور یرقانی اصابتوں کا ایک گروہ ایسا بھی ہے جس میں صنف صفر اوہ پیشاب کے اندر بالکل ہی غائب رہتا ہے۔ (ملاحظہ ہو جے صفر ابولونی ریٹال)۔

یرقان کی بیشتر اصابتوں میں براز کا رنگ بدل کر سپیدی مائل یا مٹیلے رنگ کا ہو جاتا ہے۔ اس کی وجہ یہ ہے کہ یرقان کی (۱) اصابتوں میں بن میں صفر اوہ اثنا عشری تک نہیں پہنچنے پاتا براز میں چربی کی زیادہ مقدار موجود ہوتی ہے اور یوروبیلین

نہیں ہوتی۔ حال ہی میں یہ بتلایا گیا ہے کہ معوی مافیہا کس قدر ترشٹی ہوتے ہیں اور چربی کا انجذاب ایک ایسے مرکب کی شکل میں ہوتا ہے جو آزاد شحمی ترشہ اور صفراوی ترشوں سے بنتا ہے۔ نیز صفرا کی موجودگی غالباً گندیگی کو روکتی اور معوی دیوار کے عضلی ریشوں کو متہیج کرتی ہے۔ چنانچہ قبض اکثر موجود ہوتا ہے، اگرچہ یہ ضروری نہیں کہ وہ ہمیشہ موجود ہو۔ سب اسہال واقع ہو تو اسے گندیگی دار براز کی خواہش سے منسوب کیا گیا ہے۔

یرقان میں اکثر دوسرے علامات بھی موجود ہوتے ہیں، جو خون کے اندر صفراوی لمحات کے دوران کی وجہ سے ہوتے ہیں۔ وہ علامات یہ ہیں: (۱) بطء القلب، نقص آہستہ ہو کر فی منٹ پچاس یا چالیس ہو جاتی ہے۔ (۲) کھلی۔ یہ اس قدر شدید ہو سکتی ہے کہ سونا غیر ممکن ہو جاتا ہے، اور لگاتار کھلانے سے خون کی پٹریاں، 'ثور' یا 'شیری' (urticaria) کے ذور سے پیدا ہو جاتے ہیں۔

بعض مریضوں میں منہ کا مزاکرہ ہو جاتا ہے اور اکثر اختلالاتِ اضمہ واقع ہو جاتے ہیں۔ جلد کے نیچے یا مغلی اغشیہ سے نزفات واقع ہوتے ہیں، اور زخموں سے اوباء آسانی سے نہیں ٹرکتا۔ خون کا عہد ترویج طویل ہو جاتا ہے۔ بعض مریضوں میں خطرناک دماغی علامات پیدا ہو جاتے ہیں، مثلاً ہذیان، تشنجات، اور قوما۔ لیکن غالباً یہ ہمیشہ خون کے اندر بعض ایسے زہروں کی موجودگی کی وجہ سے ہوتے ہیں جو صفراء کے اندر کے زہروں سے علاوہ ہوتے ہیں۔ بعض اوقات مشاہدے میں آتا ہے کہ مریض کو زرد دکھلائی دینے لگتا ہے (بصارت اصفر = xanthopsia)۔ کہنہ مزمن یرقان کی بعض اصابتوں میں ایک جلدی مرض ہو جاتا ہے جسے صلعہ اصفر (xanthoma or xanthelasma) کہتے ہیں (ملاحظہ ہو امراض جلد)۔

یرقان کے لئے سرریاتی کاشف۔ مصل کے اندر صبغہ صفراویہ کے لئے وان ڈن برگ کا کاشف۔ مصل کے اندر صبغہ صفراویہ کی موجودگی ظاہر کرنے کے علاوہ، یہ کاشف اس صبغہ میں جو صفراوی راستوں کے تسد کی وجہ سے خون کے اندر مجسوس ہو، اور اس صبغہ میں جو دم پاشیدگی کی وجہ سے ہو، تفریق کر دیتا ہے۔ ابراہن کا ڈایازو کاشف (Ehrlich's diazo reagent) استعمال کیا جاتا ہے۔ اس کے اجزاء یہ ہیں: (الف) سلف انیلک ایسڈ (sulphanilic acid) (گرام

مریکز ہائڈروکلورک آئیڈ (conc. HCl) ۱۵ سی سی، آب کشیدہ ۱۰۰۰ سی سی - اور  
 (ب) سوڈیم نائٹرائٹ (sodium nitrite) ۵۰ گرام، آب کشیدہ ۱۰۰ سی سی، زن  
 دونوں کو استعمال ہے ذرا ہی پہلے اس تناسب میں کہ (الف) ۲۵ سی سی کے ساتھ  
 (ب) کے ۵۰ سی سی ہوں، باہم ملا دیا جاتا ہے۔ راستہ تعامل (direct  
 reaction)۔ ایسے خون سے، جسے ٹھہرا کر تھک کر جم جانے دیا جائے، ایک کعبہ ٹی میٹر  
 386 مصل حاصل کیا جاتا ہے اور اسے مندرجہ بالا کاشف کے ایک سی سی میں ملا دیا جاتا ہے۔  
 ایک نیلگون بنفشی رنگ کا تعامل فی الفور شروع ہو کر دس تا تیس سکنڈ میں اپنے اعظم  
 درجہ تک پہنچ جاتا ہے۔ اس سے تسدی کبھی یرقان ظاہر ہوتا ہے۔ اگر راستہ تعامل  
 حاصل نہ ہو تو ممکن ہے کہ ایک تعامل آجل (delayed reaction) ظاہر ہو، جس کا آغاز  
 ایک منٹ کے بعد ہوتا ہے۔ یہ دم پاشیدہ یا ستمی اور ساری یرقان کے باعث ہوتا  
 ہے۔ دوہستی تعامل (biphasic reaction) شروع تو فی الفور ہو جاتا ہے لیکن محض  
 آہستہ آہستہ خمویاب ہوتا ہے اور اس سے مخلوط قسم کے یرقان کی موجودگی ظاہر ہوتی ہے  
 بالواسطہ تعامل (indirect reaction)۔ اگر راستہ یا بلا واسطہ تعامل حاصل  
 نہ ہو تو ایک سی سی مصل میں ۹۶ فیصدی الکل کے ۲ سی سی شامل کر کے اس آمیزہ کا  
 اعماض عمل میں لایا جاتا ہے۔ اس صاف مایع کے ۱ سی سی میں ۵۰ سی سی الکل اور  
 ۲۵ سی سی سی کاشف کے ملا دئے جاتے ہیں۔ ایک بنفشی سرخ رنگ حاصل ہوتا ہے،  
 جو تقریباً فی الفور اعظم شدت کا ہو جاتا ہے، اور اس سے دم پاشیدہ یا ستمی یا ساری  
 یرقان ظاہر ہوتا ہے۔ یہ کاشفات کئی طرح بھی کئے جاسکتے ہیں (73)۔ طبعی جولائی ۲۰۔  
 ۵۰ اکائی ہوتی ہے، اور اکائی یہ ہے کہ بائلی روبین ایک حصہ ۲۰۰۰۰ حصے میں ہو۔  
 قاروہ میں صہغلہ صفر اوہ کھ لئے کاشفات۔ ان کاشفات  
 کی حقیقی خصوصیت یہ ہے کہ زرد بائلی روبین (bilirubin) کی تھکسید ہو کر سبز بائلی ورڈین  
 (biliverdin) بن جاتی ہے اور ایک سبز رنگ پیدا ہو جاتا ہے۔ بعض اعمال میں دوسرے  
 رنگوں کی جھلک بھی عارضی طور پر نمودار ہو جاتی ہے۔ مینکل کاشف (Gmelins test)  
 حسب ذیل انجام دیا جاتا ہے۔ ایک سمید صفحہ پر قارورہ کے چند قطرے رکھ کر اس کے  
 قریب ہی قدرے طاقتور نائٹروک آئیڈ ٹپکا دیا جاتا ہے، اور پھر ان دونوں سیالاست کو



آہستہ سے ایک دوسرے کی طرف بڑھایا جاتا ہے۔ ان کے خط تماس پر قارورہ کا ٹکڑا پہلے سبز پھر نیلا پھر سفیدی پھر سرخ اور بالآخر زرد یا بھورا ہو جاتا ہے۔ رائفل (Ryffel) نے اس کاشفہ کی ایک ترمیم دریافت کر لی ہے جس سے صبغہ صفراویہ کی نہایت لطیف مقداروں کی شناخت ہوتی ہے۔ قارورہ کو آمونیم کلورائیڈ سے سیر شدہ بنا کر پھر آمونیا سے اُسے قلوبی بنالیا جاتا ہے۔ اس طرح سے آمونیم ہوریٹ مرسوب ہو جاتا ہے اور اگر کوئی صبغہ صفراویہ موجود ہے تو اُسے بھی ساتھ لیکرڈ آئین ہو جاتا ہے۔ اس طرح کو تقطیر کر لیا جاتا ہے اور تقطیری کا غدیر یا قیمانہ و نفل میں نائیک ایڈ لایا جاتا ہے۔ ہر رنگ پیدا ہو جائے تو اُس سے صبغہ صفراویہ کی موجودگی ظاہر ہوتی ہے۔

قارورہ میں ملحات صفراء کی شناخت کے لئے تھ کا کاشفہ (Hay's test) اس طرح عمل میں لایا جاتا ہے کہ ایک چھوٹی سی مخروطی مراحی میں کہ جسکو جانب سے منور کیا گیا ہو، تازہ قارورہ کی سطح پر پسی ہوئی گندھک چھڑک دی جاتی ہے۔ اگر ملحات صفراء موجود ہیں تو سطحی تناؤ کم ہوتا ہے اور گندھک ڈوب جاتی ہے۔ جب گندھک پانچ منٹ کے اندر ڈوب جائے تو یہ کاشفہ مثبت سمجھا جاتا ہے (71)۔ کاشفہ پہلے ناقابل اعتماد سمجھا جاتا تھا، لیکن اب قابل وثوق سمجھا جاتا ہے۔ تاہم یہ اسوقت بھی حاصل ہو جاتا ہے جبکہ روغن چوبنبل (sandal wood oil)، کوپیل (copaiba)، کباب چینی (cubeb)، اور تارپین (turpentine) کی بڑی مقداریں براہ دہن لی گئی ہوں۔ آئینہ کے اندر ملحات صفراء کی موجودگی کے لئے ایک کاشفہ بیان کیا گیا (74) جس کا انحصار اس حقیقت پر ہے کہ وہ چربی کے جذب میں آسانی پیدا کر دیتے ہیں۔

امراضیہ ترقان۔ بائلی روہن و شکلوں میں موجود ہوتی ہے :- یعنی (۱) ایک قلوبی نمک کے طور پر، جو صفراوی رنگدروں کے اندر خارج ہوتا ہے۔ اس سے وآن ڈن برگ کا راستہ تعامل حاصل ہوتا ہے۔ (۲) آزاد ترشہ کے طور پر جو خون میں دوران کرتا ہے، جس سے وآن ڈن برگ کا بالواسطہ تعامل حاصل ہوتا ہے (77)۔ یہ امر پہلے بتایا جا چکا ہے کہ بائلی روہن کی پیدائش کے لئے جگر کی ضرورت نہیں اور یہ اس واقعہ سے بھی ظاہر ہوتا ہے کہ یہ صبغہ مقامی طور پر یا خون کے ٹکڑوں سے جسم میں ہر جگہ بن جاتا ہے۔ شبکی دروں ملی نظام جو کہ بائلی روہن کو بناتا ہے، اگر اسکے ذریعہ اس کے

پلنے میں کوئی خرابی پیدا ہو جائے، یا اگر جسم کے اندر اتلاف خون حد سے زائد ہو اور ان خلیوں کے ذریعہ سے بائلی روبین کا بننا بہت زیادہ ہو جائے، تو یہ صنف سارکاسلا جگر کے ذریعہ اخذ اور صفراء کے طور پر خارج نہ ہو سکے گا، بلکہ دوران خون کے اندر داخل ہو جائے گا۔ یہی نتیجہ اس وقت بھی پیدا ہو سکتا ہے جبکہ جگر کے خلیات نقصان رسیدہ ہو گئے ہوں۔ اس طرح پریرقان کی تین قسمیں ہوتی ہیں۔

(۱) دم پاشیدہ پریرقان (haemolytic jaundice) وہ گروہ ہے

جس میں اس نام کا دموی مرض بھی شامل ہے، کیونکہ اس میں خون کے بہت زائد اتلاف کی وجہ سے بائلی روبین مسلسل کے اندر موجود ہوتی ہے۔ اس گروہ میں وہ پریرقان شامل ہے جو کہ دوری ہیموگلوبن بولیت (paroxysmal haemoglobinuria) متناقص لہن کے انتقال، فینائل ہائیڈرازین (phenyl hydrazine) کے قسم، دم پاش مہنوت ہائے دموی، لختی ذات الریہ، طیر یا اور پریرقان نوزائیدہ (icterus neonatorum) کا نتیجہ ہوتا ہے۔ متلف عدم دہویت (pernicious anaemia) کو بھی بعض اوقات شامل کیا جاتا ہے، لیکن اس میں بائلی روبین کے جمع ہونے کا سبب غالباً یہ ہوتا ہے کہ ہیموگلوبن کی تخریب کم ہوتی ہے۔

(۲) وہ پریرقان جو کہ اولی کبدی نقصان رسیدگی کا نتیجہ

ہو۔ اس کے اسباب یہ ہیں۔ (۱) امثالہ فشل قلب کی وجہ سے۔ (ب) جگر کا اولی مرض، مثلاً نازلی پریرقان کی اکثر امیبتیں، حادثہ خنجر (زرذبول)، ہیناٹ (Hant) کی کہبت، کثیر لختی کہبت متاخر درجل میں، اور بعض حالتیں جو کہ ماضی میں ستمی اور ساری کبدی پریرقان کے عنوان کے تحت جماعت بند کی گئی تھیں۔

387

ان میں پریرقان پیدا کرنے والے مالات یہ ہیں۔ (الف) کیمیائی مسموم کیے ہوئے کوبیرین (tetrachlorethane) (یعنی ہوائی جہازوں کے لئے ایک فائنش) نرائی ٹائٹر ڈیولین (trinitrotoluene = T.N.T.)، کلوروفارم، فاسفورس، ٹولوی لین ڈائے آئین (toluylene-diamine) ٹائٹر وینزین (nitrobenzene)، آرسینو مینز ال کے مشتقات (arsenobenzol derivatives)، آرسینو ریڈ ہائیڈروجن (arseniuretted hydrogen)، گرنے (mushrooms)، سانپ کا تیش۔

و غلبہ (ب) جراثیمی سموم، جیسے کہ تپ راجہ (relapsing fever) ، مہلہ  
 گروہی مہرقہ (enteric group) ، مہلہ نفس (typhus) ، ذات الریہ ، انفلوئنزا ،  
 زرد بخار (yellow fever) ، عفونت الدم ، نیجیف ہر غمہ لی (leptospirosis) ،  
 jaundice وغیرہ میں واقع ہوتے ہیں۔

(۳) تسددی کبدی یرقان (obstructive hepatic jaundice)۔

اس گروہ میں صفراوی قناتوں کا کوئی صریح تسدد موجود ہوتا ہے:- (۱) منگھائے صفرا  
 اور منغلظ صفرا، نہایت شاذ اصاب تو نہیں کیسیہ (hydatid) ، کبدی فلک (liver  
 flukes) اور معوی فئال سے آنے والے اجسام غریبہ جن میں خراطینی صفلا  
 (ascaris Lumbricoides) بھی شامل ہیں۔ (۲) قنات کا تضیق یا انطاس  
 پیدائشی عیب یا بے ثقبی کے باعث یا اشتناعشری یا خود قنات صفرا کے ماقبل تفرج  
 کی وجہ سے۔ قنات صفرا کی دیوار کا نازلیتی یا التہابی ورم یا سرطان۔ قنات کا شخ۔  
 (۳) باہر سے دباؤ پڑنے کی وجہ سے پچکاؤ۔ یہ شت یا پی میں کے خدد کے دباؤ سے۔

بلبلہ کے مر، معدے، قولون، گردوں، ثرب مبيضین، یا رحم کے سلعات کے دباؤ سے  
 جگر کے پورے یا کیسیہ کے دباؤ سے۔ شکمی انورسما، مجمع براز، یا حاملہ رحم کے دباؤ سے  
 واقع ہو سکتا ہے۔ تسددی کبدی یرقان کی بہت سی اسبابوں میں صفرا مرارہ اور  
 صفراوی قناتوں کو متمدد کر دیتا ہے، اور پھر عروق لمفائیہ اور عروق دمویہ کے اندر  
 داخل ہو کر آخر الذکر کے اندر دوران کرتا ہے اور جلد اور دوسرے حصوں کو صفرا کے  
 مخصوص و متمیز رنگ سے ملون کر دیتا ہے۔ غالباً کامل تسدد ہونا شرط نہیں ہے بلکہ وہ  
 یہ دلچسپ واقعہ ہے کہ صفرا کا افراز نہایت ادنیٰ دباؤ کے تحت ہوتا ہے، جو اتنا کم  
 ہوتا ہے کہ گیمینی گز میں پانی کے ۲۰ سینٹی میٹر کا دباؤ مفرزہ صفرا کو دوران خون میں پس  
 مسجد لگا۔ کامل تسدد کی حالت میں (جیسی کہ مشترک قنات کے اندر ایک تنگ صفرا  
 سے، یا اس پر دباؤ ڈالنے والے سلعہ سے پیدا ہو جاتی ہے) صفرا، آنٹوں تک نہیں پہنچ  
 اور براز، جیسا کہ پہلے بیان کیا گیا ہے، پسید یا مٹی کے رنگ کا ہوتا ہے۔ جب تسدد دو  
 ہو جاتا ہے تو علامات غائب ہو جاتے ہیں۔

اگرچہ یرقان کی ان قسموں میں سے پہلی اور تیسری صاف طور پر متفرق ہوتی

ہیں (کیونکہ ان سے فان ڈن برگ کے بالواسطہ اور راست تعامل علی الترتیب حاصل ہو جاتے ہیں) لیکن دوسرے گروہ کے افراد سے عموماً دو ہیئتیں تعامل حاصل ہوتا ہے۔ گزشتہ زمانہ میں ایسی امساخ کے یرقان کا سبب نسبتاً چھوٹی صفراوی قناتوں کا التهاب سمجھا جاتا تھا، اور اس واسطے ایسے یرقان کو تسدوی سمجھتے تھے لیکن بروئے (Brule) اس رائے پر اعتراض کرتا ہے اور بتلاتا ہے کہ بعض اوقات صرف لمبا دوران خون میں متبیس ہوتے ہیں، اور کسی صف میناج صفراویہ [یہ مفترق یرقان dissociated jaundice کی دو قسمیں ہیں] لہذا یقیناً خود کبدی خلیات ماؤف شدہ ہوتے ہیں (74)۔ وہ اس یرقان کو جو کثرت ارتجاج یا مرض قلب کے امسلا کے باعث ہو اسی گروہ سے متعلق سمجھتا ہے۔ یہ دیکھا گیا ہے کہ تسدوی یرقان میں رموی فاسفوٹیس (phosphatase) زیادہ ہو جاتا ہے، اور یہ امر تشخیص میں مدد دے سکتا ہے۔ (75)۔

مخفی یرقان (latent jaundice) کے یہ معنی ہیں کہ خون میں بائلی روبین تو ہوتی ہے لیکن اتنی کافی نہیں کہ تمثیلی زرد رنگ پیدا کر سکے یا گردوں سے بائلی روبین کا اخراج کر سکے۔ ایسی امساتوں میں قاروے کے اندر عموماً یوروبالین کی وافر مقدار موجود ہوتی ہے، جو غالباً بافتوں کے ذریعہ سے بائلی روبین کی تبدیل حیثیت ہو جاتا ہے حاصل ہوتی ہے۔ تاہم یہ امر یاد رکھنا چاہئے کہ جب بائلی روبین بولیت مسایاں ہو تو یوروبالین بولیت عام طور پر مفقود ہوتی ہے۔ مخفی یرقان مرض قلب میں موجود ہو سکتا ہے اور اس سے فٹل قلب کے آغاز پر دلالت ہو سکتی ہے۔ اس کی موجودگی متلف عدم دموت کو اس ثانوی عدم دمویت سے جو زف کے باعث ہو، تمیز کر دے گی۔ آسینوبلیز ال سے علاج کے بعد اور مختلف ساری امراض میں ممکن ہے کہ مخفی یرقان اس امر کی دلالت ہو کہ جگر کو نقصان پہنچا ہے۔ کثرت میں وہ نہایت عام طور پر موجود ہوتا ہے۔

یرقان نوزائیدگان (icterus neonatorum)۔ نوزائیدہ بچوں میں

یرقان کم عام نہیں ہے۔ وہ صرف چند دن یا ایک دو ہفتے تک رہتا ہے اور آٹھ ماہ کوئی علامات نہیں ہوتے۔ صنف صفراویہ، جیسا کہ وآن ڈن برگ کے بالواسطہ امتحان سے

ظاہر ہوتا ہے، دروں رحمی زندگی کے تقریباً پانچویں ماہ میں قابل تخمین مقداروں میں خون کے اندر نمودار ہونا شروع ہوتا ہے، اور بعل فلیاتی دم پاشیدگی کا نتیجہ ہوتا ہے۔ جو کہ پیدائش کے بعد دفعۃً بٹھ کر برقان پیدا کر دیتا ہے۔ یہ خیال ظاہر کیا گیا ہے کہ مادری مگر جنین کے اندر دم پاشیدگی کو روکنے میں مدد ہوتا ہے، اور یہ کہ پیدائش کے بعد شیرخوار بچہ کا جگر اپنے کامل مانع دم پاشیدگی و طیفہ کو بہت آہستہ آہستہ رکتا ہے (ملاحظہ ہو متلف دم دمیت)۔ یہ زرد رنگ پہلے چہرہ اور دھڑ کو اور ازاں بعد جوارح کو متاثر کرتا ہے، اور اگر سرخ جلد کو دبا کر خون کا رنگ خارج کر دیا جائے تو یہ شناخت ہو جاتا ہے۔ براز عموماً طبعی ہوتا ہے، اور پیشاب کا رنگ مبینہ صفراویہ سے رنگین نہیں ہوتا، آتشید تراصابتوں میں یہ مریض شفا یاب ہو جاتے ہیں یا مدد کسی علاج کی ضرورت نہیں پڑتی۔

388

نوٹ: امیڈاکا کا خطرناک خاندانی بريقان (familial jaundice)۔  
یہ حالت ایک ہی خاندان کے کئی افراد کو متاثر کرتی ہے۔ بريقان پیدائش کے بعد پہلے دن یا بعض اوقات دوسرے دن شروع ہو کر اسکی شدت بہ سرعت بڑھ جاتی ہے۔ غنودگی موجود ہوتی ہے اور وزن گھٹ جاتا ہے۔ شیرخوار بچہ تقریباً چودھویں دن اکثر تشنجات کے ساتھ مرجاتا ہے۔ پیشاب میں یوروبائلین اور اکثر باکٹریاں موجود ہوتی ہیں۔ بعض اوقات زخافات دیکھے جاتے ہیں۔ پاخانوں کا رنگ طبعی ہوتا ہے۔ جگر اور طحال بعض اوقات بڑھے ہوئے ہوتے ہیں۔ علاج یہ ہے کہ ماں کے مصل کے ۵ تا ۱۵ سی سی کا دروں عضلی اشراب روزانہ بچے کے ٹھنڈے میں کیا جائے یہاں تک کہ اس کے خون میں صنفہ صفر اکم ہو جائے۔ مصل مانع دم پاشیدگی ہوتا ہے۔ اس علاج کی تھ انداز اچھا ہوتا ہے (90)۔ بريقان کی دوسری اصابتیں جن کی تعریف کرنی چاہئے ہیں۔ خاندانی بے صفراہی (familial acholuric jaundice) جس میں ”مریض بہ نسبت قے کرنے کے بريقانی زیادہ ہوتے ہیں“۔ صفراوی قناتوں کا پیدائشی انطامس (congenital obliteration of the bile ducts) جو سفید پاخانوں اور صفراوی کہبت کے ساتھ متلازم ہوتا ہے اور جس میں جگر سخت ہو جاتا ہے۔ پیدائشی آتشک (congenital syphilis)۔ بريقان ساری

(infective jaundice) جس میں ایک مربع منبع برائیت موجود ہوتا ہے اور تپش بلند درجہ پر ہوتی ہے۔

## استسقاء شکمی

(ascites)

اس اصطلاح سے کہنہ باریطونی کے اندر مصلی سیتال کی موجودگی مراد ہے۔ مصلی کہنوں میں کے دوسرے انفیابات کی طرح یہ بھی عموماً قلوبی ہوتا ہے، اسکا رنگ پھیکا پوال کے رنگ جیسا، اور کثافت اضافی ۱۵-۱۸ اتا ۱۰-۱۸ ہوتی ہے، یہ نہایت البیومی ہوتا ہے اور آئیں کلورائیڈز موجود ہوتے ہیں۔ یہ اساب ذیل کی وجہ سے پیدا ہو جاتا ہے۔ (۱) بانی دوران خون کے تسد سے، جو وریڈ الباب کے تھ میں ہونا جگر کے اندر اس کی توزیع میں ہو۔ (۲) امراض باریطون کے نتیجہ کے طور پر۔ اور (۳) مرض گردہ یا مرض قلب کے استسقاءے کلی کے جزو کے طور پر۔

وریڈ الباب کا تنہ، شق بانی میں رسولیوں اور بڑھے ہوئے غد کے رباؤ سے، خود جگر کے اندر کے سرطان، پھوڑے، یا کیسیہ سے، یا وریڈ الباب کے اندر خون کی ترویج (علقیہ، التهاب وریڈ الباب) سے متسدد ہوسکتا ہے۔ جگر میں بانی تسد کا خاص سبب کہبت کی یعنی بیش بالیدگی سے بین لٹنکی آوردہ کا انضغاط ہے، بعضوں کا خیال ہے کہ بانی تسد استسقاء شکمی کا کافی سبب نہیں ہوسکتا، اور وہ استسقاء شکمی کو ان سمیات سے منسوب کرتے ہیں جو مرضی جگر میں پیدا ہوجاتے ہیں، یا آنت سے جذب ہوکر جگر میں تلف نہیں ہوتے۔ بانی تسد کا ایک دوسرا سبب التهاب غلاف کبد ہے۔ تسد کی ایک تیسری قسم قلباوشش کے امراض کی مختلف قسموں سے پیدا ہوجاتی ہے، جن میں قلب کی دائیں جانب متسع ہوجاتی ہے اور خون کے سینہ میں سے ہوکر گزر لے میں مزاحمت ہوتی ہے (ملاحظہ ہو صفحہ ۱۴۶)۔

استسقاء شکمی پیدا کرنے والے باریطونی امراض یہ ہیں: حاد اور مزمن التهاب باریطون، تدریجی التهاب باریطون، اور باریطون کا سرطان۔

مرض برائٹ میں دوسرے مصلی کہنوں کے ساتھ ساتھ باریٹن بھی محل انصباب

ہوتا ہے۔

طبیعی امارت شکم بڑا ہوتا ہے، اور زیادہ استسقا شکمی کے ابتدائی درجوں میں وہ عموماً نندہ ہوتا ہے اور اُس کی شکل گلوبوچہ نما ہونے کا رجحان رکھتی ہے، جس میں سائے کی سمت ایک قطعی ابھار ہوتا ہے۔ ازاں بعد شکم کی دیواریں پھیل جاتی ہیں، اور جب مریض بستر میں لیٹا ہے تو سیال قوت جاذبہ کے اثر سے پیچھے کی طرف بہ کر ہر پہلو میں جمع ہو جاتا ہے، جس سے پیٹ کی شکل زیادہ چوڑی اور زیادہ چبی ہو جاتی ہے۔ اس وقت جوائع پیدا ہوتا ہے اُس کی مقدار ۳، ۴، یا ۵ گیلن ہو سکتی ہے، اور شکم اسی تناسب سے بڑا ہو جاتا ہے چنانچہ اُس کا محیط ۲۰ تا ۲۲ انچ یا زائد ہو سکتا ہے سیال کی موجودگی امتحان کے میں طریقوں سے معلوم ہو سکتی ہے، جو قرع، تموج، اور انتقال موضع ہیں۔

قرع شکم کی سطح طبعی طور پر لمبی ہوتی ہے، جس کا سبب یہ ہے کہ معدے اور آنتوں میں ہوا موجود ہوتی ہے۔ لیکن جب سیال پیدا ہوتا ہے تو یہ پہلے پہلوؤں اور خشی خطے میں جمع ہو جاتا ہے، چنانچہ ان حصوں کے قرع کرنے پر ایک اصم آواز نکلتی ہے، درآئیکہ شکم کا مرکزی حصہ لمبی رہتا ہے۔ اگر مریض کو کسی ایک کروٹ پھر کر پھر قرع کیا جائے تو معلوم ہوگا کہ اگلے اور مرکزی خطے اصم ہو گئے ہیں، اور وہ پہلو، جو اب سب سے اوپر ہے، گھلدار ہے۔ اس کا سبب یہ ہے کہ سیال قوت جاذبہ کی وجہ سے افضل ترین حصہ میں بہ جاتا ہے اور ہوا سے بھری ہوئی آنت بلند ترین حصے میں تیرے لگتی ہے، اور ایسا ہونا باریٹن کے اندر سیال کی موجودگی کا سب سے زیادہ قطعی ثبوت ہے، اور استسقا شکمی کے لئے نہایت ہی نازک کا شغبہم پہنچاتا ہے۔

تموج حاصل کرنے کا طریقہ یہ ہے کہ شکم کی ایک جانب پر ایک ہاتھ رکھا جائے اور دوسری جانب کو انگلی سے تیزی کے ساتھ تھپ تھپایا جائے۔ ایسا کرنے سے شکم پر رکھے ہوئے ہاتھ کو شکم کے وارپار انتقال موج کا احساس ہوتا ہے۔ یہ امارت متذکرہ صدر امارت کی نسبت کم یقینی ہے۔ نہایت چربیلی شکمی دیواریں سیال کی موجودگی کے بغیر بھی انتقال موج واقع کر سکتی ہیں، چنانچہ اس کو روکنے کے لئے تموج کی

آزمائش کرتے وقت ہاتھ کی یا کسی کتاب یا دفتری کی کور شکم کے مرکز میں رکھ دینی چاہئے۔  
انتقال موضع کے طریقہ کا استعمال محض محدود ہوتا ہے، لیکن بعض صابون  
میں اس سے استسقاء شکمی کی شہادت اس سے بہت جلد مل جاتی ہے کہ جتنی جلد قریح  
یا تھوج کے ذریعہ ملتی ہے۔ اگر استسقاء شکمی کی کسی اصابت میں جگر بڑھا ہوا ہو تو وہ  
استسقاء شکمی سیال میں ڈوب جاتا ہے اور سیال کی تھوڑی مقدار اس کی اگلی سطح  
اور دیوار شکم کے درمیان واقع ہوتی ہے شکم کے اس مقام پر انگلیاں رکھ کر انھیں  
یکایک اندر دبا دیکھنے سے یہ سیال ہٹ جاتا ہے اور ممکن ہے کہ جگر کی سطح محسوس ہو سکے  
یہ سیال کی موجودگی کا ایک ثبوت ہے، کیونکہ اگر وہاں کوئی سیال نہ ہو تو جگر اگلی دیوار  
شکم کے بالکل ساتھ لگا ہوا ہوتا۔

لیکن بعض اوقات مختلف اقسام دویروں میں سے کسی ایک قسم سے جوشکمی  
یا حوضی احتشاء کے ساتھ تعلق رکھتی ہو، یا حامل رحم سے، یا متہد و مثانہ بولی سے  
استسقاء شکمی کا تشابہ ہو جاتا ہے۔ یہ دویرے بیضی، برمیضی (parovarial)، کیستی  
اور کلوی دویرے ہوتے ہیں۔ اگر قریح کا شفعہ کامیاب ہے تو یہ خارج از بحث ہو جاتے  
ہیں۔ اس کے خلاف ممکن ہے وہ تھوجی کا شفعہ ظاہر کریں۔ اور اگر پوری سطح اضمم ہے تو  
ممکن ہے کہ ان میں سے کسی ایک میں اور ایسے استسقاء شکمی میں تغیرات مشکل ہو جائے  
جس میں نپیں چکی ہوئی ہوتی ہیں بیضی دویرے کی خالص شناخت یہ کہ اس حالت میں شکم سامنے صمد اور پلو  
میں گمبہار ہوتا ہے کیونکہ آنٹوں کو دویرہ اور اس کی وجہ سے پیدا ہونے والا ورم دبا کر  
پہلوؤں میں ہٹا دیتا ہے (یہ ورم ایک جانب پر شروع ہوتا ہے گو بعد میں مرکزی ہو جاتا  
ہے)۔ نیز یہ بھی شاذ نہیں کہ دویرے کا خاکہ سب سے اوپر والے حصہ میں شناخت میں  
آ جاتا ہے، بالخصوص جبکہ اس کی جستجو حرکات تنفس کے دوران میں کی جائے۔

کیلوسی اور کیلوسی الشکل استسقاء شکمی (chylous and chyloform ascites)۔ استثنائی اصابتوں میں کہنہ باریطونی کے اندر کیال  
بجائے صاف مصلح ہونے کے دھندلا دودھینے رنگ کا ہوتا ہے۔

بعض اوقات یہ باریطون میں قنات صدری یا لمبی عروق سے کیلوسس کی  
وعا بدری کے باعث ہوتا ہے، اور یہ وعابدری عروق کے انشقاق کی وجہ سے



ہوتی ہے یا ان کے تند کی وجہ سے ہوتی ہے جو کہ مرض یا طفیلیات کی موجودگی (ملاحظہ فرمائیے) فلاریئس (filariasis) کا نتیجہ ہوتا ہے۔ یہی حقیقی کیلوسی استسقاء مشکلی ہے۔ ایسی حالت میں سیال کا رنگ زردی مائل سپید ہوتا ہے، اُس کی کثافت اضافی ۱۰۱۲ یا زائد ہوتی ہے، اور بوجہ انحصار اُس غذا پر ہوتا ہے جو لی جا رہی ہو۔ یہ سیال ٹھہرا ہے تو اُس کی چربی جدا ہو کر سطح پر ایک ملائی جیسی تہ بنا دیتی ہے۔ خوردبین کے نیچے سمجھی گونچے نظر آتے ہیں، مگر غلوی عناصر بہت تھوڑے ہوتے ہیں۔ جسم سے نکال لینے کے بعد ممکن ہے کہ اُس میں فائبرین کا ایک تھکا بچاؤ ہو۔

ان اصابوں کے ایک دوسرے گروہ یعنی کیلوسی الشکل استسقاء مشکلی (pseudo-chylous ascites) میں سیال خالص دودھیا سپید ہوتا ہے اور اُس کی کثافت اضافی ۱۰۱۲ سے کم ہوتی ہے۔ چربی کی مقدار مختلف ہوتی ہے، ممکن ہے کہ وہ سطح پر ایک ملائی جیسی تہ بنا دے، یا محض اُس کے غلیظ سے آثار ہوں لیکن بہر حال اُس کا دودھیا چربی کے سبب سے نہیں بلکہ لیسیتین (lecithin) اور گلوبولین (globulin) کے ایک مرکب کے ذریعہ ذرات کی وجہ سے ہوتا ہے جنہیں غیر نامیاتی لمحات معلق رکھتے ہیں۔ خوردبین کے نیچے چربی دار غلوی عناصر موجود مل سکتے ہیں۔ لیسیتین کی موجودگی کی وجہ سے یہ سیال گندیدگی سے عرصہ دراز تک متاثر نہیں ہوتا۔

کیلوسی الشکل انصابت کسی ایک مرافیاتی حالت کے متمیز نہیں ہوتے، لیکن ان اصابوں کی اکثریت میں یا تو جگر کا سرطان، یا تدریجاً کبوت، یا گردے کا مزمن التهاب پایا گیا ہے۔ اور عام طور پر اندازاً ہوتا ہے۔

ممکن ہے کہ کیلوسی اور کیلوسی الشکل مائع دونوں دوسرے مصلی کہفوں میں بھی ہمزماں طور پر پیدا ہو جائیں۔ اور جب تک کہ ایک یا دوسرے کہف پر بزل کا عمل نہ کیا جائے، یہ معلوم کرنے کا کوئی دوسرا ذریعہ نہیں کہ آیا انصابت اُسی قسم کا ہے جو زیر بحث ہے۔

# جگر کے امراض

## خراج

امراضیات - جگر کے پھوڑے کسی عفن عامل کے داخلہ کی وجہ سے پیدا ہو جاتے ہیں، جو مندرجہ ذیل راستوں میں سے کسی ایک کی راہ سے داخل ہو جائے: شریان کبد، ورید الباب، یا تفتیحی التهاب قنات صفرا (suppurative cholangitis) (جو ملاحظہ ہو) میں صفراوی قنائیں۔

پہلی حالت میں وہ ایسے عام تفتیح الدم کا ایک جزو ہوتے ہیں، جیسا کہ جسم کے کسی حصے میں زخم یا تضرر لگنے سے، لیکن بالخصوص سر کے تضررات سے پیدا ہو جاتا ہے۔ وہ چھوٹی جسامت والے اور بے شمار، یا کم از کم متعدد ہوتے ہیں انکو تفتیح الدمی خراج (pyæmic abscesses) کہتے ہیں۔

ورید الباب اس سے بھی زیادہ تعداد کی اصابتوں میں خراج پیدا ہونے کا باعث ہوتی ہے، اور جیسا کہ تفتیحی التهاب ورید الباب (suppurative pyelephlebitis) کے بیان میں (جو ملاحظہ ہو) اور مدارینی زحیر (tropical dysentery) کے بیان میں درج کیا گیا ہے، عفن عاملات ورید الباب کے رقبہ میں کے ضررات سے منتقل ہو جاتے ہیں۔ یہ پھوڑے منفرد، چند، یا متعدد ہوتے ہیں۔ جب یہ متعدد ہوں تو اس حالت کو بابی تفتیح الدم (portal pyæmia) کہہ سکتے ہیں۔ بعض اوقات ورید الباب اور اس کی شاخیں شکستہ و رنجتہ رہی تھکے سے پُر ہوتی ہیں، اور ورید کی دیواریں ٹکھتے ہو کر تفتیحی التهاب ورید الباب پیدا کر دیتی ہیں۔

جگر کے پھوڑے جسامت میں ایک الپین کے نمبر سے لیکر فند (hazelnut) کی جسامت تک مختلف ہوتے ہیں۔ ان میں پختہ پیپ، یا غلیظ مائع اور چورہ یا زیادہ جیم غشیات، جو ابھی علیحدہ ہوئے ہوں، موجود ہو سکتے ہیں۔ جن اصابتوں کی ابتداء

التهاب وريد الباب سے ہوتی ہے ان میں یہ دکھانا آسان ہو سکتا ہے کہ تقيح زیادہ تر وريد الباب کی توزیع کے عریں واقع ہے۔ جہاں پھوڑے جگر کی سطح کے قریب پہنچ جاتے ہیں، جگر کا کیسہ اکثر ملتبہ ہوتا ہے۔

علامات - جگر کے متعدد پھوڑوں والی اصابتیں اکثر بہت مبہم ہوتی ہیں، بالخصوص اسوقت جبکہ وہ تقيح الدم جیسے عمومی مرض کا جزو ہوں۔ ان میں شدید بنیئی اختلال ہوتا ہے، جس کے ساتھ عادی قسم کا سٹار، نبض سریع، خشک بھوری یا فردار زبان اور جلد ہی پیدا ہونے والا انبطاح ہوتا ہے۔ قے اکثر موجود ہوتی ہیں، لیکن آنتوں کا فعل مختلف ہوتا ہے، یعنی کبھی توقیف ہوتا ہے اور کبھی اسہال۔ جگر زیادہ تر بڑھا ہوا ہوتا ہے، اور بعض اصابتوں میں ممکن ہے کہ ناف کے یول تک پہنچ جائے۔ وہ دردناک اور الیم ہوتا ہے۔ یرقان بعض اوقات موجود ہوتا ہے لیکن اس کا موجد ہونا لازمی نہیں۔ غالباً اس کے پیدا ہونے کے لئے ضروری ہے کہ کوئی بڑی صفراوی قنات پھوڑے سے مضبوط، یا سنگھائے صفرا سے مسدود ہو جائے۔ مبعث صفراء کے لحاظ سے بول و براز کی حالت، بلاشبہ اسی کے لحاظ سے مختلف ہوگی۔ مدت مرض ایک سے کئی ہفتے تک ہوتی ہے، لیکن اختتام یقیناً ہلاکت نیز ہوتا ہے۔

تشخیص - اس کا انحصار اس حقیقت پر ہونا چاہئے کہ بڑھا ہوا جگر ایک حادثہ سے ماؤف ہوتا ہے، جس کے ساتھ شدید عمومی ستم الدم ہوتا ہے، بالخصوص اسوقت جبکہ ان علامات کے ساتھ کوئی ایسا ضرر بھی ہو جو بطور قلی بہتے شناخت کیا جاسکے۔ علاج - بیشتر علاماتی ہونا چاہئے۔ تغذیہ کو کم اور مہتجات کے ذریعہ سے عام حالت کی اصلاح کی کوشش کرنی چاہئے۔ تخفیف درد کے لئے افیون اور مقامی لاسقہ پولسوں، تکیدات، وغیرہ کی ضرورت ہوگی۔

## معمولی ساری کبدی یرقان

(common infective hepatic jaundice)

[نازلق یرقان (catarrhal jaundice) 'حاد التهابی جگر' (acute hepatitis)]

یہ ان عام ترین شکلوں میں ایک شکل ہے کہ جن میں یرقان واقع

ہوتا ہے۔ نازلی یرقان کا نام اس اعتقاد سے پیدا ہوا کہ یہ صفراوی حلیمہ کے مقام پر تندر پیدا ہو جانے کا نتیجہ ہے جو کہ کارڈمی مخاط یا غشاء مخاطی کے درم سے واقع ہوتا ہے۔ یہ ناممکن نہیں کہ بعض اصابتیں اسی قسم کے سبب سے ہوں۔

بحث اسباب۔ ساری کبدی یرقان بالخصوص اوائل زندگی میں کثیرالوجہ ہے۔ ممکن ہے کہ اُس کے ساتھ معدی اثنا عشری نازلت کے علامات موجود ہوں۔ ساری کبدی یرقان کے ساتھ اکثر یرقان کی اُن مشہور مثالوں کو بھی شامل کر لیا جاتا ہے جو خوف کی وجہ سے ہو جاتی ہیں، ان کے خاص مظاہر تو بہر حال ساری کبدی یرقان سے مماثل ہوتے ہیں۔

معمولی ساری کبدی یرقان اکثر وباؤں کی صورت میں دیکھا گیا ہے جبکہ اس کو وبائی یرقان (epidemic jaundice) کہا جاتا ہے۔ ان میں سے بہت سی وباؤں میں صرف بچوں پر یا خاصکر بچوں پر حملہ ہوتا ہے۔ نسبتاً کم مثالوں میں بالغ اشخاص سب سے زیادہ مبتلا ہوتے ہیں۔ نہ تو انفرادی اصابتوں کو اور نہ وبائی اصابتوں کو اب تک متعین جراثیمات کے ساتھ منسوب کیا گیا ہے۔ لیکن جہاں مرارہ اور صفراوی گندگا ہوا کو معائنہ کرنے کا موقع ملا ہے وہاں یہ صفراء سے خالی پائے گئے ہیں، جو اس امر پر دال ہے کہ کبدی افراز بند ہو گیا ہے، جس کی وجہ حاد الہتباب جگر ہے، اور بلاشبہ یہ مرض کا اصل سبب ہے۔ تاہم اثنا عشری الہتباب معکوس طور پر صفراء کے بہاؤ کو روک سکتا ہے، اور اس طرح چند اصابتوں میں سبب مرض ہو سکتا ہے (76)۔ ساری یرقان جو پیچ ٹویانہ مبداء کا ہوتا ہے، پہلے بیان کیا گیا ہے۔

علامات۔ ممکن ہے کہ یرقان سے تین یا چار ہفتے پہلے مریض کو سوجھن، معدے میں گرانی، درد، اور ریمیت، اور شاید ساتھ ہی کبھی کبھی قے بھی ہو اور دوسری اصابتوں میں ممکن ہے کہ یہ مخصوص اقسام کی غذا غیر معمولی کثرت کے بعد ہو لیکن نہایت کثیر التعداد مثالوں میں مریض کو اپنی بیماری کا کوئی حال بالکل معلوم نہیں ہوتا، آستونک جب تک کہ وہ خود آئینہ میں نہ دیکھ لے یا دوستوں سے نہ سن لے کہ اُس کی جلد میں زرد رنگ کی جھلک پیدا ہو رہی ہے۔ کبھی کبھی یرقان سے پہلے جوارح میں شدید درد ہوتا ہے۔ یا اصابت ترقی پا کر جگر کے حادثہ کی اصابت بخاتی ہے۔ جلد اور

طنحات چشم شوح زرد رنگ کے ہو جاتے ہیں۔ پیشاب کا رنگ مصلحہ صفراوی زردی مائل ہوتا ہے، اور اُس میں کیٹونی اجسام (ketone bodies) موجود ہوتے ہیں۔ براز پھیکے یا مٹیالے رنگ کا ہوتا ہے مصل سے عمر یا وان ڈن رنگ کا ہوتا ہے۔ کاشغیا دوہیتی تعالٰیٰ حاصل ہوتا ہے۔ تپش عموماً طبعی درجہ پر ہوتی ہے اور ممکن ہے کوئی بنیائی اختلال نہ ہو اور مریض اپنا معمولی کام کاج کرنے کے قابل ہو لیکن اکثر اوقات وہ کسمند ہوتا ہے، محنت کرنے کو طبیعت نہیں چاہتی، بھوک خراب اور کسب قدر متلی ہوتی ہے۔ کبدی نٹے میں بیشتر کوئی درد نہیں ہوتا، بلکہ اسیبت تک نہیں ہوتی لیکن کبھی کبھی یہ دونوں معتدل درجہ میں موجود ہوتے ہیں۔ جگر بھی اکثر بالکل بڑھاپا نہیں ہوتا لیکن بعض اوقات اُس کی اسیبت پسلیوں کے ماحشے سے ایک یا دو انٹسٹینچ تک پہنچ جاتی ہے، اور پھر اُس کی کورا اور متعدد مرارہ بھی محسوس ہو سکتا ہے۔ آنٹوں کی حالت مختلف ہوتی ہے، اکثر توقض ہی ہوتا ہے لیکن کبھی کبھی غیر بستہ پاخانے ہوتے ہیں۔ ممکن ہے کہ نبض غیر متاثر ہو لیکن خاص طور پر یرقان کی اسی شکل میں غیر معمولی طور پر سست نبضیں پائی گئی ہیں۔ علالت دو سے پانچ یا چھ یا زائد ہفتوں تک جاری رہتی ہے، اور یرقان بتدریج رفع ہوتا ہے۔ پہلے پیشاب کا رنگ طبعی ہوتا ہے اور آہستہ آہستہ جلد کی رنگت بھی درست ہو جاتی ہے۔

وبائی شکل میں مدت حضانت تین سے لیکر پانچ ہفتہ تک ہے۔ تشخیص کبھی کبھی یرقان شروع ہونے سے پہلے تشخیص ممکن ہوتی ہے، کیونکہ ممکن ہے کہ کلانی جگر جو ایک سر بیج الوقوع امارت ہے، جگر کی وظیفی کارکردگی کے کاشتغات عمل میں لانے کا خیال پیدا کرے اور ان کاشتغات سے وظیفی قلت پائی جائے۔ ایک نو عمر شخص میں جو پہلے تندرست تھا، یا جسے زیادہ سے زیادہ کسی معدی اختلال کی شکایت تھی، یرقان کا بلا درد یا تقریباً بلا درد حملہ ہونا، بالعموم اُسے اُس یرقان سے ممتاز کرتا ہے جو سنگھماٹے صفرا، سرطان، اور کیمبت یا دوسرے نہایت عام سبب کے باعث ہو۔ اگر یرقان پانچ یا چھ ہفتوں سے زائد جاری رہے تو مندرجہ بالا تین میں سے کسی ایک کے مرض کے امکان پر، یا نسبت زیادہ عمومی التهاب قنات صفراوی کے امکان پر غور کرنا چاہئے۔ وبائی شکل کو خمیف مرغوی یرقان سے متفرق کرنا چاہئے۔

ر جو ملاحظہ ہو)۔ خون شماری سے مدد مل سکتی ہے۔ اول الذکر میں، شاید پہلے چند نوں کے جھوڑ کر باقی مدت میں، ایک نواتی خلیات کی زیادتی ہو جاتی ہے۔ آخر الذکر میں کثیر نواتی خلیات ابیض کی کثرت ہوتی ہے۔

انذار۔ حادثہ جگر کے آغاز کی شاذ استثناء کے سوائے باقی صورتوں میں انذار بالکل امید افزا ہے۔

علاج۔ اگر بخار نہ ہو تو مریض کو بستر پر لٹائے رکھنے کی ضرورت نہیں۔ لیکن اُسے ایسی غذا دینی چاہئے جس میں کثرت سے کاربوہائیڈریٹ اور خاصکر گلوکوس ہو اور شحم اور مہیجات سے پرہیز کرانا چاہئے۔ اور اگر ضرورت ہو تو ایک مالح ملین دیدینا چاہئے۔

## جگر کا حادثہ جگر

(acute necrosis of the liver)

حاد اصفر ذبول (acute yellow atrophy)

اس عجیب مرض میں جگر کی بافتوں کا سریع انحطاط واقع ہو جاتا ہے اور اس کا طبی حجم گھٹ کر جسامت میں دوثلث بلکہ نصف رہ جاتا ہے۔

392

سمت اسباب۔ یہ ذکور کی نسبت انات میں زیادہ عام ہوتا ہے، اور مریضوں کی اکثریت کی عمر میں سال سے نیچے کی ہوتی ہے، اگرچہ یہ بچوں میں نہایت شاذ ہوتا ہے۔ فی الحقیقت ہر عمر میں یہ مرض نہایت شاذ ہوتا ہے۔ اس کے آغاز سے پہلے اکثر شدید ذہنی اختلالات واقع ہوتے ہیں اور اس کی بہت سی اسبابیں ایسے اشخاص میں واقع ہوتی ہیں جنہوں نے اوباشانہ زندگی بسر کی ہے، یا ایسے اشخاص میں جو آتشک میں مبتلا ہو چکے ہیں، یا ایسی عورتوں میں جو حاملہ ہیں۔ نیز یہ ایک جراحی علیہ کے بعد جو بیس یا اڑتالیس گھنٹوں کے اندر واقع ہو گیا ہے، اور یہ علیہ بیشتر ایک شعلی علیہ تھا، جو کلوروفارم کے زیر اثر انجام دیا گیا۔ سٹی ریکان پیدا کر دینے والا حادثہ جگر ٹرائے نائٹروٹولین (T. N. T.) (trinitrotoluene) ٹیٹر اکلوریٹھین (aeroplane dope) (tetrachlorethane)، آرسینو بنیزال کے مشتقات

(arsenobenzol derivatives) (ملاحظہ ہو صفحہ 117) اور فینائل سکنو بنک آسڈ (phenyl-cinchoninic acid) (ملاحظہ ہو تقریباً: Gout) کے قسم سے اور تخفیف مریضی یرقان کی اصابتوں میں پیدا ہو جاتا ہے۔ ممکن ہے حادثہ تنخر اور کھبت کبد (cirrhosis of the liver) دراصل ایک ہی عمل یعنی کبدی خلیات کے تسمم کی مختلف سینتیں ہوں جو پہلی صورت میں حادثہ اور دوسری میں نہایت مزمن ہوتا ہے۔ مزید برآں ان دونوں کی درمیانی علیحدگی کو تحت اسکاؤڈ بول (subacute atrophy) یا کثیر گرگی ٹش نیوین (multiple nodular hyperplasia) کی اصابتوں کا ایک پورا گروہ پاتا ہے۔ نیز یہ امر کہ بعض اصابتوں میں اس کا سرایتی منبع معمولی ساری یرقان ہوتا ہے پہلے بیان کیا جا چکا ہے۔ حیاتی کیمیائی تغیرات کبدی وظیفہ کے عنوان کے تحت بیان کئے گئے ہیں۔

مرضی تشریح - ۱۔ حادثہ قسم - حادثہ ترین اصابتوں میں جگر بڑا ہوتا ہے اور اس کا رنگ کیا سی زرد ہو جاتا ہے۔ جب مرض اس قدر زیادہ حادثہ ہو تو جگر جسامت میں بہت کچھ گھٹا ہوا ہوتا ہے، اور ممکن ہے کہ اس کا وزن صرف ۲۰ یا ۲۸ اونس ہو۔ وہ نرم، لچلچا اور تقریباً سیال کی تھیلی جیسا ہوتا ہے، اور اس کا کیسہ، جو پتھری دار ہوتا ہے، اپنے باغیاں کے لئے بہت بڑا معلوم ہوتا ہے۔ تراشنے پر جگر زرد رنگ کا نظر آتا ہے جس میں کسیتہ شدہ سرخ رنگ کی چمکتیاں ہوتی ہیں، یا بعض حصوں میں وہ بالکل سرخ ہوتا ہے اور بعض میں پورا زرد۔ اصلی تغیر ایک ذراتی یا تھمی انحطاط ہے، جس سے کبدی خلیے کم و بیش بالکل تلف ہو جاتے ہیں۔ یہ تنخر لٹھک کے مرکزی منطقوں میں شروع ہوتا ہے۔ جگر کے زرد حصوں میں یہ آلف کم ترقی یافتہ ہوتا ہے، اور شاید وہاں چند صفراء آلود خلیات ملیں۔ سرخ حصوں کی رنگت بافت کے نسبت زیادہ کامل تنخر کی وجہ سے ہوتی ہے، یہاں تک کہ عروق ہی جرم جگر کے واحد قائم مقام رہ جاتے ہیں۔ خوردبین کے نیچے ہمیں اکثر البیومینی مادے، چربی اور صبغہ کے ذرات اور چربی کے زیادہ بڑے گلوبیولوں کے سوائے اور کچھ نظر نہیں آتا۔ جگر میں لیو، سین (leucin) اور ٹائروسین (tyrosin) بھی پائے جاتے ہیں، اور موت کے چند گھنٹے بعد ان کی سطح پر ان کا قلم بن خود بخود بچاؤ نہیں کی۔ صفراوی قناتیں خالی، اور

سبغہ صغرا سے رنگین ہوتی ہیں۔ دائرہ بھی خالی ہوتا ہے، یا اُس کے اندر رُزج راوی  
مخاط کی تھوڑی سی مقدار موجود ہوتی ہے۔

دوسرے اشتاء میں بھی شحمی انخطاط واقع ہو جاتا ہے، بالخصوص گردوں میں جن  
میں خلیات مغزہ ذراتی یا شحمی ہوتے ہیں، اور قلب اور عضلات میں۔ جلد کے نیچے  
مخاطی جھلیوں میں، منسلی جھلیوں کے نیچے، گردوں میں، اور دوسرے حصوں میں منشا  
پائے جاتے ہیں۔

۲۔ تحت الحاد ذبول یا کثرت گرہلی بلیش تکوین۔ مگر حسامت میں  
اتنا کم نہیں ہوتا، اور کبدی بافت کی بازتکوین ایک ممتاز خاصہ ہوتا ہے۔ زرد رنگ  
کی غدی سلیعہ نما گرہلیں یعنی بافت کے مہیکل میں جمی ہوئی دکھائی دیتی ہیں۔ اُن کا چھوٹا  
یا بڑا ہونا بازتکوین کی مقدار پر منحصر ہوتا ہے، اور خسروین سے دیکھنے پر انہیں نوکون یا  
کبدی خلیے اور صغراوی قناتیں موجود ملتی ہیں، اگرچہ تخری خلیے بھی کمزرت موجود ہوتے  
ہیں۔ خالی آنکھ کو مگر میں ایک عجیب منظر دکھلائی دیتا ہے، اُس کی یعنی بافت کی  
ترتیب کہبت سے مشابہ ہوتی ہے، اور زرد گرہلیں منظر میں اُسی مرض کی حاد قسم سے  
مشابہ ہوتی ہیں۔

علامات۔ علامات ابتداء مبہم ہوتے ہیں۔ اکثر یہ مرض ایسے یرقان سے شروع  
ہوتا ہے جو نازلی یرقان سے ناقابل تمیز ہوتا ہے، یا ایسے علامات کے ساتھ شروع ہوتا ہے  
جیسے کہ متلی، قے، آنٹوں کے فعل کی بیقاعدگی۔ اور ممکن ہے کہ کبدی خلیے میں درد متناوب  
جلد شروع ہو جائیں۔ یہ علامات دو یا تین ہفتوں یا اس کی نسبت بہت زیادہ طویل  
عرصہ تک جاری رہ سکتے ہیں اور پھر مرض کے نسبتہ زیادہ متمیز خصائص نمودار ہو جاتے  
ہیں، جو یہ ہیں ۱۔ دماغی اختلالات یعنی ابتداء درد سر اور بے چینی، پھر ہڈیاں اور تہنجی  
طور پر نمودار ہونے والا قوما، مع شنجی جھٹکوں کے، یا زیادہ شاذ اصابوں میں، خاند  
کے قریب، صرع جیسے دروں کے۔ اب یرقان نمودار ہو جاتا ہے، یا اگر وہ پہلے سے  
موجود ہے تو اور زیادہ گہرا ہو جاتا ہے۔ مصل دموی واندن بزرگ کے کاشف کے ذریعہ  
راست یا بالواسطہ یا دوہینی تعامل دیتا ہے۔ پیش شاذ ہی بلند درجہ پر ہوتی ہے، لیکن  
مکن ہے کہ ۱۰ سے ۲۰ تک ہو۔ نبض جو ابتدائی یرقان کے وقت شاید ست فٹارقی



اب تیز ہو جاتی ہے۔ زبان خشک اور بھوری ہوتی ہے اور جوں جوں علامات میں ترقی ہوتی ہے دانٹوں اور لبوں کے قریب وسیع جمع ہو جاتا ہے۔ علاوہ ازیں کبدی خٹے میں درد اور قطعی الیمیت موجود ہوتی ہے، جو قوما کے درجہ تک میں، اس مقام پر دبانے سے شناخت کی جاسکتی ہے۔ اُصمیت وسعت میں بہت سرعت کے ساتھ کم ہونی جاتی ہے چنانچہ بالآخر اس کا انتصابی ناپ صرف ایک انچ یا اس سے بھی کم رہ جاتا ہے۔

شکم کی حالت قدرتی ہوتی ہے، یا خاتمہ کے قریب وہ باز کشیدہ ہوتا ہے۔ طحال بیشتر بڑھی ہوئی ہوتی ہے۔ قارورے میں صفر موجود ہوتا ہے اور البیوں کا موبو ہونا شاذ نہیں، بالخصوص خاتمہ کے قریب، اور بانگ بھی موجود ہوتے ہیں۔ خون بھی موجود ہو سکتا ہے، جو ایک عام نرخی حالت کی دلالت ہے۔ علاوہ ازیں درد قہوہی قحے، براز میں (جو بیشتر پھیکے رنگ کا نظر آتا ہے اور جس میں صفا کی کمی پائی جاتی ہے) خون کی موجودگی، رُخاف (epistaxis)، 'نزف رحمی' (metrorrhagia) یا حلد کے نیچے منشی نزفات کی موجودگی، یہ سب ایک عام نرخی حالت پر دلالت کرتے ہیں۔ بڑھتے ہوئے قوما کی وجہ سے بالآخر موت واقع ہو جاتی ہے، گو کہ زیادہ شدید علامات صرف دو سے چار دن تک جاری رہتے ہیں۔ بالعموم حاملہ عورتوں کو اسقاط ہو جاتا ہے۔

بعض اوقات یہ مرضی حالت نہایت لمبے عرصہ تک، کئی مہینوں یا دو سال تک جاری رہتی ہے۔ ایسی اصابتوں کو تحت الحاد ذبول کہتے ہیں۔ بعض دوری اصابتوں میں حملہ مرض خفیف ہوتا ہے اور مریض شفایاب ہو جاتا ہے۔ واقعہ یہ ہے کہ ٹرائی ٹائٹروٹوٹومین (T. N. T.) اور آر سیٹو بینز ال کے قسم میں محض خراب ترین اصابتوں میں ہلاکت واقع ہوتی ہے۔ پہلے یقین کیا جاتا تھا کہ حادہ صفر ذبول تقریباً ہمیشہ ہلک ہوتا ہے، لیکن شفایابی کی ان مثالوں سے ثابت ہوتا ہے کہ اس مرض کی ایک ہلکی شکل بھی ہوتی ہے۔ ٹرائی ٹائٹروٹوٹومین کے قسم کی مثالوں میں اکثرہ عجیب و غریب خفا پایا جاتا ہے، کیونکہ یہ ممکن ہے کہ یرقان اس زہر میں تکشف ہونے کے چند سال بعد ظاہر ہو۔

نشتخیص۔ اس کا انحصار عموماً دماغی علامات کے وقوع اور کبدی اُصمیت کی سرایتِ تغلیل پر ہوتا ہے، جو ایک رقیانی مریض میں واقع ہو جائے۔ امتحان بندریہ

لاشعاع تشخیص کا ایک قابل قدر طریقہ ہے (Strathy and Gilchrist)۔ انقباضی وضع میں دیکھنے پر سیاہ کی بلندی کم پائی جاتی ہے۔ بالائی سطح، کیسے کے ارتخاء اور پھیمپھڑے کے حرکت کی وجہ سے، گنبد نما نظر آتی ہے، اور زیرین کنارہ طبعی حالت کی نسبت زیادہ انقباضی نظر آتا ہے۔

انذار۔ حادثہ جب علامات نمودار ہوں، نہایت ہلکے ہوتا ہے لیکن بعض اوقات میں عارضی اصلاح ہو جاتی ہے گوکہ ازالہ بعد نکس اور بالآخر موت واقع ہوتی ہے۔ یہ تحت الحاد اصابتیں ہیں۔ خفیف تر اصابتیں ممکن ہے کامل طور پر شفا یاب ہو جائیں۔

علاج۔ آخری درجہ میں مشکل کچھ کیا جاسکتا ہے لیکن ابتدائی درجوں میں ستمی جزو عامل کے ازالہ یا تعدیل کی کوششیں کر کے مرض کی مزید ترقی کو روکنا چاہئے۔ بہتر آرام، ٹھکوکوس کا استعمال براہ دہن (۱۰ فیصدی) اور دروں و ریدی طور پر (۶ فیصدی)، نیز فیصدی کیلشیم کلورائیڈ کا درون و ریدی طور پر (۱۰ اسی سی روزانہ) اور سوڈیم ٹھکاو سلفیٹ کا دروں و ریدی طور پر (۶ گرام) اکثر المقداریاں کے ہمراہ آزمایا جائیے۔

## کبیت جگر

(cirrhosis of the liver)

کبیت کا نام جگر کے اُن امراض کو دیا گیا ہے جن میں لیفی بافت کی درپردہ پش ہوتی ہے۔ کبیت کا نام (جس میں زردی کے معنی پائے جاتے ہیں) اس وجہ سے استعمال کیا گیا کہ بابی کبیت میں جگر کا عام رنگ زرد ہوتا ہے، نہ کہ لیفی بافت کی زیادتی کی موجودگی کی وجہ سے۔ تاہم اس نام کا اطلاق اکثر دوسرے جسمانی اعضا کے مزمن لیفی تغیرات پر بھی کیا جاتا ہے، مثلاً کبیت شش اور کبیت گردے کی ان اعضا کے لئے لیسیت کی اصطلاح کو بہت ترجیح دینی چاہئے۔

کبیت کی تین خاص قسمیں ہیں:- (۱) بابی کبیت، جس میں مزمن خراش اور علامات و ریدی بابی کی راہ سے جگر میں پہنچ جاتے ہیں، اور جس میں دورانِ خن کے اختلال جو معدی زف اور استسقاء کے شکی پیدا کر دیتے ہیں، نمایاں سریری مظاہر ہوتے ہیں۔

(۲) صفراوی کہبت، جس میں یرقان نمایاں منظر ہوتا ہے، اور استسقا، شکمی مہض ایک اختتامی حالت کے طور پر واقع ہوتا ہے۔ (۳) گرد خلولی کہبت، جو پیدائشی آتشک میں ہوا کرتی ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 397)۔

## بابی کہبت

(portal cirrhosis)

(multilobular, alcoholic cirrhosis = کثیر الختکی الکحلی کہبت  
(hobnailed liver = گل مینگی جگر)

بحث اسباب۔ اس باتوں کی نہایت غالب تعداد میں بابی کہبت کا انحصار جزوی یا کلی طور پر الکحل کی کثرت استعمال پر ہوتا ہے، جو بیر (beer) کی شکل میں ہو، یا شراب انگوری (wine) یا روج شراب (spirits) کے طور پر۔ اس کے متعلق پورا علم نہیں کہ کہبت پیدا کرنے کے لئے کتنی مقدار کی ضرورت ہے کیونکہ انفرادی اختلافات وسیع ترین ہیں۔ ممکن ہے کہ بعض اشخاص ساری عمر خوب پیتے رہیں اور انہیں کہبت نہ ہو لیکن دوسروں میں چند ہی ماہ کی شراب نوشی کہبت پیدا کرنے کے لئے کافی ہوتی ہے۔ بعض ایسے بچوں میں جو اس مرض میں مبتلا تھے، الکحلیت کا واقعہ ثابت ہو چکا ہے لیکن غیر متشکک کہبت جگر کی بعض اصابتیں ایسی بھی ہیں جن میں الکحل کو بحیثیت سبب مرض کے یقینی طور پر خارج از بحث کیا جاسکتا ہے۔ یہ بھی ممکن ہے کہ معالی سموم اس مرض کی بعض قسمیں پیدا کر دیں۔ آتشک کے سبب سے ہونے والی کہبت پر بعد اس غور کیا گیا ہے۔ خفیف درجہ کی تفسی بیش بالیدگی مزمن مرض قلب کی وجہ سے بھی پیدا ہو سکتی ہے لیکن یہ کہبت نہیں جیسا کہ عام طور پر اس کا مفہوم لیا جاتا ہے۔ لمحالی عدم دمتو (splenic anæmia) کی بعض اصابتوں میں (ملاحظہ ہو عدم دمویت کا بیان) جگر کی کہبت ایک متاخر نتیجہ کے طور پر واقع ہو سکتی ہے، اور اس صورت میں ان اصابتوں کو عارض بیدئی (Banti's disease) کہتے ہیں۔

بڑے بزرگوں کی کہبت (large-livered cirrhosis) ان اصابتوں میں لونیت کے ساتھ بھی متلازم ہوتی ہے، جن میں سے بعض کو خون لونیت

(haemochromatosis) کہتے ہیں۔ جدیدی صبغہ، ہیموفسکین (haemofuscin) اور ہیموسیدرین (haemosidrin) کی شکل میں آنکھوں اور زکریا کی اذیتوں سے متعلق (Prussian blue reaction) دیتا ہے، یعنی ٹرل (Pearl) کا کاشف { بڑی مقداروں میں (جسم میں کی کل مقدار کے مقابلہ میں) اکنا، جگر اور بلبہ میں نیز دوسرے اعضا میں، ارادی عضلات میں، شعلی لہنی غدود اور جلد میں مطروح ہو جاتا ہے، اور غماست (bronzing) پیدا کرتا ہے۔ یہ امر مشکوک ہے کہ کہبت، جگر میں اس صبغہ کے بعد پیدا ہوتی ہے یا پہلے۔ مستور ذیابیطس (diabeti bronze) میں ذیابیطس، بلبہ میں ہیموسیدرین کے مطروح ہونے کے بعد نمودار ہوتا ہے۔ یہ بھی رائے دی گئی ہے کہ خون کو تانبے کے اطالت پذیر نسج کا نتیجہ ہوتی ہے۔

کالا آزار کے ساتھ، جو ایک ساری مدداری مرض ہے، معتدل درجہ کی کہبت موجود ہوتی ہے۔ کہبت، بڑی ہوئی طحال، اور مغز استخوان کے تغیرات کا ایک کیتدر مماثل اجتماع (لیکن بلا تیشمان ڈونوونی اجسام کے) مصر کا ایک مقامی مرض ہے (Day and Ferguson) اور ایک عجیب طرح کی محدود المقام بانی کہبت (localised portal cerrrhosis) پائی جاتی ہے، جو بلہارزیا (bilharzia) کی ستر کا نتیجہ ہوتی ہے۔ (ملاحظہ ہو بلہارزیت (bilharziasis)۔)

مرضی تشریح۔ جامت میں جگر بہت مختلف ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ وہ بہت بڑا ہو، یا تقریباً طبعی جامت کا ہو، یا نسبتاً بہت زیادہ چھوٹا ہو۔ اول الذکر حالت میں، جسے بعض اوقات بیش پرورشی کہبت (hypertrophic cirrhosis) کہتے ہیں، ممکن ہے کہ سطح خاصی چکنی ہو یا کیتدر باریک دانے پیش کرے۔ آخر الذکر حالت میں، جسے بعض اوقات ذبونی کہبت (atrophic cirrhosis) کہتے ہیں، یعنی بافت کے وسیع اور غیر منظم انقباض سے اکثر عضو کی شکل بہت بدل جاتی ہے اور اس کی سطح پر لینی بافت کھردری گودیاں بنا دیتی ہے (گل یعنی ٹبر = hobnailed liver) جب بزل کے بعد دوران حیات میں استقامت شعلی ہمیشہ پھر نمودار ہو گیا ہو تو کیسے جگر دبیر پایا جاتا ہے (ملاحظہ ہو گود کبدی الہتاب = perihepatitis)۔ یعنی بافت کے نموی وجہ سے، جو اس کے اندر تمام سمقوں میں دوڑتی ہے، جگر تمام مثالوں میں

معمول کی نسبت نہایت زیادہ لوجہ دار اور سخت ہو جاتا ہے۔ تراشنے پر وہ متعدد زرد ہلکے بھورے اور زرد یا بھورے رقبے پیش کرتا ہے جنہیں رمادی نیم شفاف لیفی بافت کے چوڑے خطے ٹھہرے رہتے اور ایک دوسرے سے جدا کرتے ہیں۔ اگر ایسے جگر کا کہبت کے ابتدائی درجوں میں امتحان کیا جاسکے تو بابی قنالوں (کیسہ گلیسن = Glisson's capsule) کے گرد و پیش کثیر التعداد گول خلیے اس بافت کی در ریزش کرتے ہوئے اور بعض مثالوں میں لختکوں کے درمیان بلکہ ان کے اندر داخل ہوتے ہوئے بھی پائے جاسکتے ہیں۔ ازالاں بعد سپر لیفی بافت مویاب ہو جاتی ہے، جو ایک ترقی یافتہ اضمات میں تراش کا ایک بڑا حصہ بناتی ہے۔ عضو کے اندر دوڑنے والی لیفی بافت کے بند اسے کبدی بافت کے جزیروں میں تقسیم کر دیتے ہیں، جن میں سے ہر جزیرہ متعدد لختکوں پر مشتمل ہوتا ہے۔ ازالاں پر لختکی اکہبت = (multilobular cirrhosis)۔ لیکن بارہا ایسا اتفاق ہوتا ہے کہ یہ لیفی بافت ایک لختک کو آریا چرتی ہوئی اس کے بھی ٹکڑے کر دیتی ہے، اور بعض اوقات منفرد لختک اس سے گھیرے ہوئے ہوتے ہیں۔ بڑا تنوع موجود ہوتا ہے۔ خلیات مذبول ہوتے ہیں اور ذرات صبغہ کی وجہ سے مٹے۔ لٹون ہو کر زرد یا بھورے ہو جاتے ہیں لیفی بافت میں کثیر التعداد نو ساختہ عروق دمویہ ہوتے ہیں جنہیں کبدی شہ بان میں سے مشرب کیا جاسکتا ہے، اور بازو تکونیتہ کبدی خلیے بھی دیکھے جاتے ہیں۔ فی الحقیقت کہبت کی پیدائش کو جسم کی طرف سے مرمت کی سعی سمجھنا چاہئے، جو لختک کے وسطی اور بیرونی منطقتوں کے تخرکے بعد ہوتی ہے۔ نو ساختہ، نہایت عروقی لیفی بافت میں ایک فائدہ ہے، کیونکہ وہ بازو تکون یا فستہ کبدی خلیوں کو تغذیہ بہم پہنچاتی ہے (۶۸)۔ ازالاں بعد وہ بیکار ہو کر سکر جاتی ہے اور اس طرح کبدی خلیات، وریڈالباب کی شاخوں، اور شاید صفراوی قناتوں کو زیادہ زیادہ مضبوط کرتی جاتی ہے۔ اتصالی بافت کی بیش بالیدگی کی وجہ سے جگر ابتداء بڑا ہو جاتا ہے، اور بعض بڑے اکہب جگروں میں چربی کی کچھ مقدار بھی موجود ہوتی ہے۔ ممکن ہے کہ کبدی خلیات اور چربی بالآخر غائب ہو کر جگر اپنے معمولی وزن سے بھی بہت کم ہو جائے۔ چنانچہ جگر کی تغیر پذیر جسامت کا انحصار کم از کم جنس، اس درجہ پر ہوتا ہے کہ جن تک عمل ترقی کر چکا ہے۔

سرطانی کبست (cirrhosis carcinomatosa) اُن  
 اصابتوں کا نام ہے جن میں اکبب جگر میں ایک اُتولی سرطان نمودار ہو جاتا ہے (ملاحظہ ہو  
 صفحہ 400)۔ قرین قیاس ہے کہ یہ مزمن خراش سے اُسی طرح پیدا ہو جاتا ہے جس طرح  
 مزمن آتشکی التهاب زبان (chronic syphilitic glossitis) کے بعد زبان کا  
 سرطانی سلعہ (epithelioma) ہو جاتا ہے۔

علامات۔ بابی کبست کے علامات بالخصوص بابی دوران خون کے بڑھتے  
 ہوئے تسدد کی وجہ سے پیدا ہو جاتے ہیں، یرقان اور کبدی قلت کے دیگر امارات  
 اکثر مفقود ہوتے ہیں، یا مرمض میں ان کا ظہور دیر سے ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ متصل سے  
 وَاَن دُن برگ کا دوہیتی تعال حاصل ہو جائے۔ کثرت شرابخواری کا یہ نتیجہ ہوتا ہے  
 اکثر التهاب المعده موجود ہوتا ہے، جس سے بھوک جاتی رہتی ہے، زبان فردار ہوتی  
 ہے، اور قے آوا کرتی ہے، بالخصوص صبح کے وقت لیکن اس درجہ میں شکم کے امتحان  
 سے ممکن ہے کہ جگر کی نہایت بڑی کلانی پائی جائے، جس کا مریض کو بالکل اعلم نہیں  
 ہوتا۔ اس کے بعد دوسری علامت جو اکثر پائی جاتی ہے قے الدم ہے، جس کی  
 وجہ یہ ہے کہ بابی دوران خون میں تسدد شروع ہو گیا ہے۔ چونکہ ورید الباب کے  
 خون کو جگر میں سے ہو کر گزرنے میں دقت محسوس ہوتی ہے، اس نظام کے جذرات  
 یعنی باساریقی، معدی اور طحالی وریدیں بھی بلاشبہ متلی ہو جاتی ہیں اور اُن سے فحالی  
 سطحوں پر ادما ہونے کا رجحان ہو جاتا ہے۔ لیکن بعض اوقات یہ خون مری کے زیرین  
 سرے پر کی اُن وریدوں کے انشقاق سے آتا ہے، جو ورید الباب کی شاخوں اور  
 تحتانی ورید اجوف یا ورید جگر کی شاخوں کے درمیان آزادانہ ارتباط قائم کرنے کے  
 دوران میں دوالی بنا بنگئی ہیں۔ قے الدم کے بعد براز دم الاسود ہو سکتا ہے۔ اس کے  
 ساتھ ہی بواسیر کی موجودگی نادر الوقوع نہیں، اور دوران کبست میں دوسرے حصوں  
 (مسوڑھوں، ناک، اور پھیپھڑوں) سے نزف واقع ہونے کا امکان بھی ہوتا ہے۔  
 بابی تسدد کا اہم ترین اور ستم نیتجہ تھال کا وہ انصباب ہے جو پھولی ہوئی  
 وریدوں سے کہفہ باریطینی کے اندر ہوتا اور استسقاء کی وہ قسم پیدا کر دیتا ہے جو اس  
 سے پہلے استسقاء شکی کے نام سے بیان کی گئی ہے۔ بہت سی اصابتوں میں

استسقاء شکی کے نوباب ہو جانے کے بعد بھی جگر بڑھا ہوا ہوتا ہے اور پسلیوں سے ایسے باز انداختہ نیچے محسوس کیا جاسکتا ہے۔ اس کی کور سخت، اور نہایت تیز یا گول ہوتی ہے۔ ٹیلن اگر گرد کبڈی التہاب زیادہ ہے تو جگر کی سطح چکنی ہوتی ہے۔ تاہم معمولاً دانہ دار یا گڑبڑی ہوتی ہے۔ طحال اکثر بڑی ہو جاتی ہے اور ٹکن ہے کہ محسوس ہو سکے۔ اس کا وزن اکثر ۲۰ تا ۳۰ اونس ہوتا ہے۔ شکم کی سطح بڑی وریدوں سے ڈھکی ہوئی ہوتی ہے، جو حرقفی اور صدری تنوں کے درمیان اوڑھتی ہیں۔ اس بجانب دوران خون کے ذریعہ بانی دوران خون کو سبکباری حاصل ہو جاتی ہے۔ یہ ایک اہم امر ہے کیونکہ یہ یاد رکھنا چاہیے کہ بانی نظام، عام دوران خون سے بظلمت بے تعلق نہیں ہے، بلکہ حالت صحت میں بھی ایسے ذرائع ارتباط موجود ہیں، جو کہبت کی حالت میں بہت بڑھ جاتے ہیں، اور جو بانی ورید کے جذرات میں کچھ خون قلب کی رائیں جانب پہنچا دیتے ہیں بغیر اس کے کہ اس کو جگر میں سے گذاریں۔ ان ذرائع ارتباط میں سے حسب ذیل بیان کئے گئے ہیں: (۱) معدی اور مروی اور وہ کے درمیان ارتباطات، فتحہ ڈایا فرامی کے مقام پر (۲) تنقانی ماساریتی کے، اور اندرونی حرقفی ورید کی بوا سیری شاخوں کے درمیان ارتباطات۔ (۳) معدے کی اکلیلی وریدوں کے، اور حجابی وریدوں کی شاخوں کے درمیان ارتباطات۔ (۴) ماساریتی وریدوں کی شاخوں کے، اور منوی ورید، یا دیویشکم کی دوسری وریدوں کے درمیان ارتباطات۔ فرے رش (Frerichs) نے (۵) ان عروق کا تذکرہ کیا ہے جو جگر اور ڈایا فرام کے درمیان انضمامات کے اندر پیدا ہو جاتے ہیں، اور بعض اوقات (۶) جگر کے رباط مستدیر کے طول میں دوڑتی ہوئی ایک بڑی ورید (سیابی کی معین بانی ورید: accessory portal of Sappey) پائی گئی ہے، جس کی وساطت سے بانی ورید شراسینی اور اندرونی پستان کی شاخوں سے براہ راست ارتباط حاصل کرتی ہے۔

بڑے استسقاء شکی کے ذریعہ پھیپھڑوں کے قاعدے اکثر نہایت دب کر چک جاتے ہیں۔ استسقاء الصدر اور پھیپھڑوں کا ہیج بھی اکثر ہو جایا کرتے ہیں۔ استسقاء شکی کے خوب نوبافتہ ہو جانے تک مریض دوسرے لحاظ سے بھی اکثر خطرناک طور پر بیمار ہوتا ہے۔ وہ دبلا اور کمزور ہوتا ہے، اس کی آنکھیں اندر مٹی ہوئی

ہوتی ہیں، یرقان کی خفیف سی جھلک موجود ہوتی ہے، اور چہرہ پر چوٹی ستارہ نما ورکیاں ہوتی ہیں۔ تیش زیادہ تر طبعی درجہ پر ہوتی ہے لیکن بعض اوقات بخار نمود ہوتا ہے۔ استسقاءے شکمی کے ظاہر ہونے کے چند ہی مہینوں کے اندر موت اکثر یا تو فشل قلب کے ساتھ، یا دماغی علامات (ہذیان اور قوما) کے ساتھ واقع ہو جاتی ہے، اور یہ دماغی علامات مزمن الکھلیت سے واقع ہوتی ہیں۔ کبھی کبھی قئے الدم مہلک ہو جاتی ہے۔ ثانوی سرایتیں بھی عموماً ہلاکت پیدا کر دیتی ہیں۔

**تشخیص**۔ کہبت اکثر مخفی رہتی ہے یہاں تک کہ قئے الدم، استسقاءے شکمی، یا خفیف سا یرقان اس کے راز کو افشا کر دے۔ یا الکھلی عادات کی وجہ سے اس کے آغاز کا شبہ کیا جاتا ہے، اور لیولوس یا گیلکٹوس کے محل کے قبت کا شغ سے اس کا ثبوت ملتا ہے۔ یہ پہلے ہی بیان کیا گیا ہے کہ ممکن ہے کہ ایک شرابی میں جیسے کوئی یقینی تکلف نہیں، امتحان کرنے پر ایک بڑھا ہوا ناہموار جگر پایا جائے۔ بہت عام طور پر یہ ہوتا ہے کہ تشخیص اس وقت کرنی پڑتی ہے جبکہ استسقاءے شکمی پہلے ہی قئے الدم دار ہو چکا ہے، اور پھر شرابخواری کی کثرت اور قئے الدم کی سرگزشت بڑھے ہوئے جگر بڑھی ہوئی طحال اور خفیف سے یرقان کی موجودگی، یہ سب تشخیص مرض کے لئے کافی ہوتے ہیں۔ کبدی وظیفی کاشفات بھی تشخیص میں مفید ہوتے ہیں۔ جگر اور باریٹون کی ان دوسری حالتوں میں سے جو استسقاءے شکمی پیدا کر دیتی ہیں، اہم ترین یہ ہیں۔ سرطان، جو ممکن ہے کہ ورید الباب یا اس کی سب سے بڑی شاخوں کو متاثر کر دے اور باریٹون کی مزمن دبازت کے ساتھ گسر کبدی التهاب کا اجتماع (ملاحظہ ہو گرد کبدی التهاب)۔ سرطان اور درنہ، جب وہ جگہ سے دور ہوں تو بھی التهاب باریٹون پیدا کر دیتے ہیں، جس کا نتیجہ استسقاءے شکمی ہوتا ہے۔ اول الذکر کی شناخت بالید کی ان گرہوں پر سے ہو سکتی ہے جو شکم کے مختلف حصوں میں پیدا ہو جاتی ہیں۔ آخر الذکر اکثر ثرب کی ایک دبازت پیش کرتا ہے، جسے غلٹی سے بڑھا ہوا جگر سمجھا جاسکتا ہے۔ قئے الدم اکثر کہبت کا نتیجہ ہوتی ہے اور تشخیص کے لئے بہت کارآمد ہے۔ لیکن وہ حادہ مدی قرصہ (acute gastric ulcer) اور طحالی عدم دمویت (splenic anaemia) میں بھی عام طور پر ہوا کرتی ہے۔



انذار۔ ابتدائی درجوں میں بالخصوص اسوقت جبکہ یہ حالت و طبعی کاشفہ کے ذریعہ دریافت ہو گئی ہو، اگر التحل کو بند کر دیا جائے تو انذار اچھا ہوتا ہے۔ جب استسقاء شملی نمویاب ہو گیا ہو تو مریض، مکرر بزل عمل میں لاکر چند سال تک زندہ رہ سکتا ہے۔ بچوں کی بعض اصاباتوں میں استسقاء شملی اولین علامت کے طور پر نمودار ہوا ہے، اور اس کے ماوجود مریض ۸ یا ۱۰ سال تک زندہ رہا ہے۔

علاج۔ خود اکہب جگر کے متعلق کچھ بھی نہیں کیا جاسکتا۔ اور علاج یہی باقی رہ جاتا ہے کہ مزید فساد کا سد باب کر دیا جائے اور جو کچھ نقصان اب تک ہو چکا ہے اُس کے اثرات کے ازالہ کی کوشش کی جائے۔ الکعلی کہت میں اولین ضرورت یہ ہے کہ شراب کا اذغال قطعاً روک دیا جائے۔ اور ابتدائی درجوں میں، جبکہ ابھی جگر سکڑا ہوا نہیں ہے اور استسقاء شملی اب تک نمودار نہیں ہوا ہے ممکن ہے کہ جگر اپنی طبعی جسامت پھر حاصل کر لے۔ تاہم ایسی اصابات میں یہ کہنا کہ لیفیت کس حد تک ترقی کر چکی ہے ناممکن ہے۔ غذائیں کثرت سے کاربوہائیڈریٹ ہونے چاہئیں اور پروٹینوں کی مقدار محدود کر دینی چاہئے۔ امعاء کو فعال رکھنا چاہئے اور متلی اور سورہضم کے کوئی علامات ہوں تو اُن کا علاج اس طرح کرنا چاہئے کہ جس طرح پہلے بیان کیا گیا ہے۔ جب استسقاء شملی ہو جائے تو مدرات بول کے ذریعہ اسکو دور کرنا غیر محفوظ سمجھا گیا ہے، مثلاً سیلرگان (salyrgan) کے ذریعہ کہ جس میں سموم پائے جاتے ہیں، تاہم یہ مدرات بول اکثر استعمال کئے گئے ہیں۔ مسہلات میں مندرجہ ذیل استعمال کئے جاسکتے ہیں، سلفیٹ آف میگنیشیم، بائٹارٹریٹ آف پوٹاشیم مرکب سفوف جلابہ (compound jalap powder)، یا ایلاٹیریئم (elaterium)۔ اگر شکم بہت تنیدہ ہو جائے تو بزل کی ضرورت ہے، اور جب سستیاں پھر جمع ہو جائے تو بعض اوقات اس بزل کو مکرر کرنے سے کامیابی حاصل ہوتی ہے۔ اس رائے کی بناء پر کہ استسقاء شملی بالخصوص میکانی مبداء رکھتا ہے، ایک مجانب زبان خون کو نمویاب کرنے کی حسب ذیل کوششیں کی گئی ہیں۔ (۱) شکم کو کھولنا، اور جگر اور ڈایا فرام کی مقابل سطحوں کو کھرچ کر انہیں ایک دوسرے کے تماس میں لانا (Drummond and Morison Talma) اور (۲) ثرب کبیر کو شکم کی سامنے

کی دیوار سے جوڑنا: تثبیت الشرب = (epiploxy)۔ اس کے متعلق یہاں تک لکھ دینے کی گنجائش ہے کہ ان مریضوں میں سے ۲۰ فیصدی میں کچھ تا مبالغہابی عامل ہوتی ہے۔

## صفراوی کہبت

(biliary cirrhosis)

۱۔ ہیٹنوک کی کہبت (Hanot's cirrhosis) (بیش بروشرشی صفراوی کہبت = hypertrophic biliary cirrhosis)۔ اس مرض کی تفسیر اب تک مبہم ہے۔ یہ نامعلوم ہے کہ اولاً جگر کی کبھی بافت مافوق ہوتی ہے یا صفراوی قناتیں یہ ایک شاذ مرض ہے، جو عورتوں کی نسبت مردوں میں زیادہ ہوتا ہے اور اکثر بچوں میں ہوا کرتا ہے جگر کی کٹانی بہت زیادہ، اور اکثر بچوں میں طحال کی کٹانی اس سے بھی زیادہ ہوتی ہے مریض کی بالیدگی ٹھہری ہوئی، جلد کی گہری لونبیت، اور ہاتھ کی انگلیوں کے سرے نمایاں طور پر گرز شکل ہو جاتے ہیں، کٹانوں طحالی کہبت = splenomegalie = cirrhosis)۔ یرقان اس مرض کا نمایاں خاصہ ہوتا ہے اور پیشاب میں صغیر صفرا موجود ہوتا ہے، لیکن اس قدر قائم شکل عین اختتام کے وقت تک نہیں پایا جاتا ممکن ہے کہ یہ مرض کئی سال تک جاری رہے۔ خاتمہ کے قریب مریض کو ہڈیاں ہوجاتے ہیں بعض اوقات نہایت تندی اور جوش کے ساتھ، اور پھر وہ قومازہ ہوجاتا ہے۔ تبش بلند درجہ پر ہوتی ہے، جلد کے نیچے اور مخاطی اغشیہ سے زرف ہوتا ہے اور وہ مین یا چارڈن میں مرجاتا ہے۔

جگر چکنا اور بڑا ہونے کے علاوہ، تراشنے پر صفرا سے گہرا ملون ہوتا ہے باقی کہبت کی نسبت اس حالت میں لیفی بافت نہایت زیادہ نازک طور پر مرتب ہوتی ہے، اور ہر ٹھنک لیفی بافت سے گہرا ہوا ہوتا ہے (ایک لختکی کہبت = unilobular cirrhosis)۔ ممکن ہے کہ کچھ لیفی بافت ٹھنک کے اندر اور کبد کی خلیات کے گرد بھی موجود ہو۔ صفراوی قناتوں کا نمایاں نکاڑ ہوتا ہے۔ اس کی شہادت موجود ہے کہ ایک بڑا اکہب جگر مریض کے زمانہ حیات ہی میں چھوٹا ہوجاتا ہے۔ مرفرڈرک ٹیلر نے ایک امابت کا اندراج کیا ہے جس میں جگر ناف سے نیچے

پہنچ گیا تھا اور مریض کو نہایت خوب نمایاں یرقان تو تھا مگر کوئی استسقاء شکمی نہ تھا۔  
پندرہ مہینے بعد یہ جلر شکرد کرپلیسوں کی کور کے نیچے اور بالکل قریب آگیا۔ علاج بابی  
کہبت کے تحت بیان کیا گیا ہے۔

۲۔ تسدوی قسم (obstructive form) - روس (Rous) اور  
لاری مور (Larimore) نے ایک صفراوی قنات اور ویدالباب کی مناظر شاخ  
میں بندش لگا کر تجربہ ایک خالص یک لختی کہبت پیدا کر لی، جو ہینو کی کہبت سے  
مشابہ تھی۔ پیدا شدہ صفرا کی مقدار پہلے کی نسبت کم تھی، لیکن چونکہ وہ معمولی مجاری  
میں سے نہیں گذر سکتا تھا، لہذا وہ میاں لختی قناتوں کی دیواروں میں سے گذر کر  
باہر نکل آیا اور اس سے خراش اور لیفی بافت پیدا ہو گئی۔

پھر اس کی بجائے ویدالباب کی دوسری شاخوں میں بندش لگا کر تمام بابی  
خون کو جلر کے اس رقبہ کی طرف منحرف کر دیا گیا جہاں صفراوی رکود تھا۔ صفرا کی نسبت  
زیادہ مقدار پیدا ہوئی اور اس نے بین لختی صفراوی قناتوں سے خارج ہو کر ایک  
گرد خلو کی کہبت پیدا کر دی۔

یہ نتائج ہینو کی کہبت کی امراضیات پر قدرتی طور پر بہت روشنی ڈالتے  
ہیں، اور اس امر کی طرف اشارہ کرتے ہیں کہ ممکن ہے کہ وہ دراصل نسبتہ چھوٹی صفراوی گندگاہوں  
کے تسد کے باعث ہو۔ لیکن صریحاً تسدوی صفراوی کہبت کی ایک ایسی قسم بھی ہے  
جو ہمیشہ نہیں گرگا ہے گا ہے سرسری طور پر اس وقت پائی جاتی ہے جبکہ سنگھائے صفرا  
یا سرطان وغیرہ کے باعث صفراوی قناتوں کا طویل عرصہ سے مسلسل تسد ہو۔ صفراوی  
قناتیں بہت قسع نظر آتی ہیں، اور ممکن ہے کہ جلر ایک لختی یا بعض اوقات کثیر لختی  
کہبت ظاہر کرے۔ علاج یہ ہے کہ جراحی تدابیر سے حتی الامکان سبب کو دور کیا جائے۔

## جلر کی آتشک اور تدرن

آتشک پیدا نشی ہو سکتی ہے یا اکتسابی۔

پیدائشی آتشک اولاً گرد خلو کی کہبت (pericellular  
cirrhosis) کے طور پر ہوتی ہے، اور ثانیاً صمغیہ کے طور پر! اول الذکر تغیر ایک

خلوی در ریزش کے طور پر شروع ہوتا ہے، جو نموب ہو کر ایک لیف آسا تصلب بن جاتی ہے۔ وہ تختوں پر چلا اور ہو کر مریخلیہ کو یعنی بافت کی ایک تہ سے گھیر لیتی اور جگر کی بڑی تلافی پیدا کر دیتی ہے۔ ممکن ہے کہ خردبینی امتحان سے حسب دلیل امور نظر آئیں:- (۱) بائی قنالوں کے گرد یعنی بافت کی زیادتی (گرد بائی کبب = periportal cirrhosis)۔ (۲) کثیر التعداد صفعی سرخ غلیظہ، یا نموجہ کہ جگر اپنے مدغمی افعال بہاری رکھتا ہے، جس سے اس آفاق جسیمات کی تلافی ہو سکتی ہے، جو آتشکی سم کی وجہ سے واقع ہو جاتا ہے۔ (۳) دغنی صفیہ (80) اتصال بافت میں پیچ موئے موجود ہوتے ہیں ساتھ ہی لحال اکثر بڑھی ہوئی ہوتی ہے۔ یرقان کبھی کبھی ہوتا ہے، لیکن استسقاء شکی شاذ ہی۔ بعض اوقات ان اشخاص میں جو پہلے بین خلوی کبب کا موضوع رہ چکے ہوں کثیر تختکی کبب نمویاب ہو جاتی ہے۔

علاج - ملاحظہ ہو پیدائشی آتشک صفحہ ۱۲۷۔

اکتسابی آتشک - یرقان (جو آتشک کے ابتدائی درجوں میں اکثر ہوا کرتا ہے اور آرسینو بینزال کے مرکبات کے رواج سے پہلے معلوم تھا) ظاہر کرتا ہے کہ یہ برایت ایک مادہ التهاب جگر پیدا کر سکتی ہے۔ آخری درجوں میں آتشک جگر کا صفیہ پیدا کر دیتی ہے۔ اس کے عام خصائص وہی ہوتے ہیں جو دوسرے مقامات کے صفیہ میں پائے جاتے ہیں، اور اس میں پیچ موئے بھی پائے جاتے ہیں۔ یہ صفیہ کم و بیش زرد و دودے ہیں جو لو چدار اور لچکدار ہوتے ہیں اور رمادی یعنی بافت کے ایک منطقہ سے گھمے ہوئے ہوتے ہیں، جس سے کثیر التعداد بند نکل کر متصلہ کبدی جرم کے اندر جاتے ہیں۔ اس یعنی بافت کے انقباض سے جگر کی سطح پر ایک نشیب یا شق پیدا ہو جاتا ہے، جس کی تہ میں اسے پیدا کرنے والا صفیہ واقع ہوتا ہے۔ اور اس طرح سے جگر ناہموار طور پر تختکدار اور ششود ہو سکتا ہے۔ اکثر اوقات صفیہ مرکز میں ٹوٹ پیوٹ کر ایک ریم نما ریمخت بن جاتے ہیں۔ اس کے برعکس ممکن ہے کہ وہ بالکل یعنی بنجائیں اور اس کا نتیجہ یہ ہو کہ ایک نفقہ یہ کے سوائے اور کچھ باقی نہ رہے۔ یا ممکن ہے کہ ان میں کلسی ذرات کا جاؤ ہو جائے۔ صفیہ جگر اکثر جوشی ہو جاتے ہیں، اور اس کا نتیجہ یہ ہو سکتا ہے کہ وہ باوجود بلی

انقباضات کے بڑی جسامت کے ہوں۔ آتشک کی وجہ سے ہونے والا ایک اور اس تغیر، گرد کبدی التهاب ہے۔ اغلب ہے کہ کثیر لختی کہبت کی بعض اصابتوں کا سبب آتشک ہی ہو۔

علامات۔ کبھی کبھی جگر کی اگلی سطح پر ایک بڑا صغیر ایک ابھار بنا سکتا ہے، پھپکنا اور پکدار ہوتا ہے اور اس پر ایک کیسیہ یا دوسرے دوسرے کا بہ شدت گمان ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ وہ دائیں ضلعی حاشیہ کو اوپر اٹھا دے۔ اس سے بھی زیادہ کثرت کے ساتھ، لیکن غالباً آخری درجوں میں آتشکی جگر بڑے، سخت، سطح پرنا ہموار، اور لمبی ندبات کے ٹکڑے کی وجہ سے مشوہ ہوتے ہیں۔ نہ تو استسقاء شکی کی اور نہ یقان کی موجودگی لازمی ہے، لیکن مخصوص اصابتوں میں ممکن ہے کہ وہ ورید الباب یا قنات صفرا پر ایک صغیر کا دباؤ پڑنے کی وجہ سے پیدا ہو جائیں۔ اور گردے کے ہر ماں پریشی مرض کی وجہ سے اکثر البیومن بولیت بھی موجود ہوتی ہے۔ بعض اوقات صغیر کے ساتھ عارضی قسم کا ایک قطعی بخار موجود ہوتا ہے۔

علاج۔ ابتدائی اصابتوں میں آیوڈائنڈ آف پوٹاسیم صغیر کو بہ سرعت گھٹا کر اس کے ساتھ کے بخار کو روک دینا۔ سالورسان (salvarsan) بھی احتیاط کے ساتھ آزمایا جاسکتا ہے، اور اس صورت میں مریض کو کاربوہائیڈریٹ بہ افراط دئے جائیں لیکن جب کہندہ ندبات اور وسیع پریشی مرض موجود ہوں تو فائیدے کی توقع بہت کم ہو سکتی ہے۔

تدزن۔ یہ تقریباً ہمیشہ عام تدزن کا جزو ہوتا ہے۔ (ملاحظہ ہو دخی تدزن صفحہ 163)۔

## جگر میں نوبالیدیں

(new growths in the liver)

جگر کا واحد سلعہ جو کچھ بھی عام ہے، سرطان ہے۔ دوسرے اکثر البوقوع سلعہ میں سے حسب ذیل ہیں:۔ کھنکی عروقی سلعہ (cavernous angioma)، سادہ دویک (simple cysts)، اور وہ لمفی غدی سلعی مطروحات (lymphadenomatous)

(deposits) جو مرض آجکل کے ساتھ متلازم ہوتے ہیں۔ یہ شاید ہی کوئی مبینہ علامات پیدا کرتے ہیں۔ نکلہ نما خلیوں والا لحمی سلعہ (spindle-cell sarcoma)، مسیلا نینی لحمی سلعہ (melano-sarcoma)، 'دویری لحمی سلعہ' (cysto-sarcoma)، مخاطی سلعہ (myxoma)، 'اور غدنی سلعہ' (adenoma) بھی مرقوم ہیں۔

## کبد شحم

(fatty liver)

شحمی دس رہنماش (fatty infiltration) کبدی خلیات میں طبی طور پر شحم کی تھوڑی مقدار موجود رہتی ہے۔ بعض حالات میں یہ تبدیلی شحم بے اختیار زیادہ ہو جاتی ہے۔ شحمی انحطاط (fatty degeneration)۔ اس حالت میں شحم کے طبیسی خواص میں تبدیلی ہو جاتی ہے۔ نیچیا قی طور پر اسے خلیات کے اندر گلوبچوں کے طور پر دیکھا جاسکتا ہے اور اسی وجہ سے خلیات انحطاط یافتہ ہو جاتے ہیں۔

بحث اسباب۔ شحمی درریش اور انحطاط کے بے شمار اسباب ہیں۔ ان میں مندرجہ ذیل شامل ہیں :- حمل اور رضاعت۔ عمومی ذہنی۔ فاقہ کشی۔ جگر کا املاقل قلب میں۔ ایسا ذیابیطس جس کا علاج نہ کیا جائے۔ انتاج (eclampsia)۔ عمومی حالتیں کہ جن میں سموم اور بلند پیش خلیہ کو نقصان رسیدہ کر دیتے ہیں۔ شدید عدم موتیتیں۔ جگر کا حاد و مخمز اور دوسرے امراض۔ فاسفورس، سنگلیا، کاربن، مانا کسائیڈ (carbon monoxide)، کلوروفارم (chloroform)، فینائل مائیسڈرائین (phenyl hydrazine)، اور کاربن ٹٹراکلورائیڈ (carbon tetrachloride) وغیرہ کا شحم۔

امراضیات۔ شحم جگر بہت بڑا ہوتا ہے۔ اس کی سطح چکنی ہوتی ہے اس کے کنارے کیتقد رگول ہوتے ہیں اور تراشے پر اس کا رنگ سفیدی مائل زرد اور منظر یکساں ہوتا ہے اور ممکن ہے یہ فی الحقیقت پانی میں تیرے۔ علامات۔ شحم جگر میں درد بالکل نہیں ہوتا۔ اس کو جس کرناوشوار ہوتا ہے

کیونکہ یہ نرم کثافت کا ہوتا ہے، گو کہ بڑا اور چکنا ہوتا ہے۔ نیز ممکن ہے شکمی دیوار  
فرج ہو۔ فی الجملہ اس کے علامات، قیسی حالت کے علامات ہوتے ہیں۔ فرج ہی پر جو  
فصل ہے خاص کر اس کو ملاحظہ کیا جائے۔

تجربہ طور پر یہ مشاہدہ کیا گیا کہ لبلبہ ربودہ کتوں میں ذیابیطس میں مرور  
مدت کے ساتھ اکثر اوقات بظاہر اصباح ہو گئی۔ کم شکر خارج ہوئی، اس کے باوجود  
یہ حیوان بالآخر مر گیا اور اس میں ایک ضخیم جگر پایا گیا۔ جب ان حیوانوں کو لبلبہ  
براہ دہن دیا گیا تو وہ صحت مند رہے لبلبہ انیں جو مادہ شفا کا سبب ہے ممکن ہے وہ  
کولین (choline) ہو (79)۔

399

## چربی مرض

(LARDACEOUS DISEASE)

نشا آسا مرض (amyloid disease)

تقیج الصدر اور ریل ریوی کے تعلق میں چربی انحطاط کا تذکرہ پہلے کیا گیا ہے۔  
اور چونکہ جگر ان اعضا میں سے ایک عضو ہے، جو بیشتر اوقات ماؤف ہو جاتے ہیں،  
لہذا یہاں اس انحطاط کا ایک مختصر بیان درج کر دینا ضروری ہے۔ اس میں بافتوں  
کے اندر ایک سخت، بے رنگ، نیم شفاف، پروٹینی مادے کا جماؤ ہو جاتا ہے جس میں  
بہت سی ٹائروسین (tyrosine) (لارڈلین یا نشا آسا = lardacein or amyloid)  
موجود ہوتی ہے، اور بعض طوون علامات اس مادہ کی تلون کر دیتے ہیں۔ مثلاً آیوڈین کا  
آبی محلول اس کا رنگ بدل کر اسے گہرے بھورے سرخ مہاگنی رنگ کا کر دیتا ہے۔  
سازہ جگر کی ایک ترشش پر (جس کو پہلے دھو کر خون سے مبرا کر دیا گیا ہو) آیوڈین  
لگائی جاتی ہے، تو ماؤف حصہ کا خاکہ اس میں رنگ کے ذریعہ واضح ہو جاتا ہے۔  
ازاں بعد ہلکا سفیدورک آئینہ شامل کر دینے سے یہ رنگ بدل کر سیاہ ارغوانی ہو جاتا  
ہے۔ میتھیل وائیولٹ (methyl violet) یا جینٹین وائیولٹ (gentian violet)  
چربی یا نشا آسا مادے کو سرخ بنا دیتی ہے، لیکن گرد و پیش کی تندرست بافت کا

رنگ نیلا ہوتا ہے۔

جن بافتوں میں یہ چربی مادہ پایا جاتا ہے وہ بہ ترتیب زمانی سب سے پہلے عروق و مویہ کی دیواریں، دویم مختلف اتصالی بافتیں اور بالآخر عضو کے غدی خلیات ہیں (بشر ملکہ ان میں یہ مادہ پایا جاتے)۔ درحقیقت یہ مادہ اپنے محل وقوع کے لحاظ سے زیادہ تر بن خلوی ہوتا ہے۔ چنانچہ چھوٹی شریان میں اس کا جسم و درمیانی طبقہ کے عضلی ریشوں کے خلیات کے درمیان ہوتا ہے اور ان کو ایک دوسرے سے علیحدہ کرتا ہے۔ طحال میں یہ گودے کے خلیات کے درمیان و صاریوں اور چکلیوں کی طرح موجود رہتا ہے۔ اور جگر میں یہ عروق شعریہ اور غدی خلیات کے درمیان شامل ریزوں کی صورت میں پڑا ہوا ہوتا ہے۔ درحقیقت یہ اتنا انحطاط نہیں کہ جتنا ساخت میں ایک قسم کا اضافہ ہے، اور وہ ٹھوس اعضا جو اس سے ماؤف ہو جاتے ہیں، عموماً بہت بڑے ہو جاتے ہیں۔ عروق سے اس کا جو تعلق ہے اُس سے ظاہر ہوتا ہے کہ اس کا جاؤ خون میں سے ہوتا ہے۔ یہ اکثر و بیشتر طحال، گردوں، جگر، امعاء اور معدے میں واقع ہوتا ہے، اور گھٹتے ہوئے تو اترنے کے ساتھ فوق الکلیہ کیسوں، غد و لمفائے، درقیہ، اور بلع، میضین، اور رحم میں چربی جاؤ جسم کے کسی بھی حصے میں طویل قیام ہونے کے باعث ہوتا ہے اور سبیل ریوی، آتشک، ٹالشی، ہڈیوں اور مفاصل کے درنی مرض اور تقيج الصد میں بالخصوص عام ہے، یا آتشک میں بلا تقيج کے بھی۔

جگہ میں چربی تغیر ابتداء نحت کوں کے درمیانی منطقہ میں دیکھا جاتا ہے، جہاں عروق شعریہ شریان کبدی کے انقسامات کے ساتھ نہایت قریبی طور پر وابستہ ہوتے ہیں۔ جوں جوں یہ جاؤ بڑھتا جاتا ہے، کبدی خلیات مضبوط ہو کر مذبول ہوتے جاتے ہیں، لیکن خود ان کے اندر چربی جاؤ صرف کبھی کبھی ہی ہوتا ہے۔ جگر بے انتہا بڑا ہوتا ہے، اُس کی سطح چکنی اور کوہستہ گول ہو جاتی ہے، اور اُس میں درو یا الیمیت مطلق نہیں ہوتی۔ یہ مرض یرقان نہیں پیدا کرتا۔ اس کے ساتھ نسبی مرض کے علامات موجود ہوتے ہیں، اور ساتھ ہی اکثر طحال کی کلانی، البیومن بولیت اور اسہال بھی، جو دوسرے



اعضا کے اندر اس کے جاؤ کا نتیجہ ہوتے ہیں۔ چربی جگر، جو ساتھ ہی، تشکی صغیہ یا ندبہ کا محل وقوع ہو، قدرتا اپنی ہموار چکنی سطح کو کھودیتا ہے، مگر وہ اپنے دوسرے ملازمات کی وجہ سے شناخت کیا جاسکتا ہے۔ بانی دوران خون تنہا چربی تغیر سے متبدل نہیں ہوتا، اور گو اشتقاقی تشکی اکثر اوقات موجود ہوتا ہے، وہ بیشتر اشتقاقی کلی کے ساتھ ملازم ہوتا ہے، اور ان دونوں کو گردوں کے ہمزماں مرض سے منسوب کرنا چاہئے، یا ممکن ہے کہ وہ دوسری پیچیدگیوں، مثلاً کہبت صغیہ، یا مزمن التهاب باریطون کے باعث ہوں۔ گرد کا چربی مرض اکثر کلاں سفید گردہ کا سامنظر پیدا کر دیتا ہے۔ خرد بینی امتحان پر قبلی گچھا بسا اوقات سب سے پہلے تبدیل ہوتا ہے، اور اس کے بعد کیے بعد دیگرے عروق درازندہ، عروق مستقیمہ، عروق برآزندہ، اور بین انہونی عروق۔ تاہم بعض اصابتوں میں یہ تبدیلی عروق مستقیمہ میں اس وقت سے پہلے پائی جاتی ہے جب کہ یہ قبلی گچھے میں دیکھی جاتی ہے۔ اس کے علاوہ کلاں سفید گردے کے التهابی تغیرات موجود ہوتے ہیں چربی طحال بڑھی ہوئی سخت اور چکنی ہوتی ہے۔ یہ تبدیلی طحالی عروق کو اور میلگیانی جیموں (Malpighian corpuscles) کو متاثر کرتی ہے، اور میلگیانی جیمے صلع پر سفید واغوں کے طور پر نظر آتے ہیں (صا بطحال = sago spleen)۔ دوسری اصابتوں میں چربی مادہ گودے کے خلیات کے درمیان مطروح ہوتا ہے، اور عینو زیادہ یکساں طور پر شاحب ہوتا ہے۔

400

تشخیص کبدی کچھ کے کے ذریعہ کی جاتی ہے۔ ایک ایسی اصابت میں کہ جس میں طویل المدت یقینی ضرر یا نالشی آتشک ہو، البیومن بولیت کی موجودگی اس مرض کے امکان کا اشارہ کرے گی، بالخصوص اگر طحال یا جگر بہت بڑھے ہوئے ہوں۔ پیشاب میں چند زجاجی یا خداتی سبائک موجود ہوتے ہیں، اور گاہے ایسے سبائک جگر چربی تعادل دیتے ہیں۔ اگر گردے کے وظائف میں بہت خلل واقع ہو گیا ہو تو اصابت کسی ایک قسم کے مرض براٹ کے ساتھ مشابہ ہو سکتی ہے، اور آنت کے ملازم چربی مرض کی وجہ سے اہمال موجود ہو سکتا ہے۔

انذار۔ یہ نہایت برا ہوتا ہے، لیکن کارگر جراحی علاج کے بعد کلائی

تخفیف ہو جانا مرقوم ہے۔ ترقی پذیر استسقاء یوریا دمویت، خستہ کن اسہال، مصلی، لہتہا بات اور کبدی عدم کفایت سے موت واقع ہو جاتی ہے۔  
**علاج۔** اگر ممکن ہو تو سبب دور کر دینا چاہئے۔ یہ سبب ریوی میں تو ناممکن ہے لیکن شاید تھج کے دوسرے اسباب کا جراحی طریقہ سے علاج کرنا ممکن ہو۔ اور پوٹاسیم آیوڈائیڈ کا ڈیلیورائل، آئرن (لوہا) کوئین اور دوسرے مقویات دینے چاہئیں۔  
 آشکی اصابتوں میں پارہ اور پوٹاشیم آیوڈائیڈ استعمال کرنے چاہئیں۔

## جگر کا سرطان

(carcinoma of the liver)

**امراضیات۔** اولی سرطان دوشکلوں میں واقع ہوتا ہے :-  
 ۱۔ گرگوں کے طور پر جو جگر کے کسی بھی حصے میں نمودار ہو جاتی ہیں، اور ایک منتشر در ریش کے طور پر نیچیا تھی لحاظ سے جگر کا سرطان دو قسموں کا ہوتا ہے :- (۱) کبدی خلیوں والا، جن سے صفرا کا افزائیدہ ہو سکتا ہے، یا (۲) صفراوی قنات کے خلیوں والا۔  
 کبھی کبھی اولی سرطان اکٹب جگر میں نمودار ہو جاتا ہے۔ بالعموم جگر زیادہ بڑھ نہیں ہوتا۔ لیفی نیش بالیدگی کے علاوہ وہ متعدد سلمات پیش کرتا ہے، جو ابستہء سخت اور سپید ہوتے ہیں، لیکن بعد میں ان میں اسخاط یا تنخر واقع ہو کر ان کا رنگ زرد یا بنبر ہو جاتا ہے۔ سریریاتی مظاہر کہبت کے مظاہر سے مماثل ہوتے ہیں، اور اس حالت کو سرطانی کہبت (cirrhosis carcinomatosa) کا نام دیا گیا ہے۔

سرطان جگر کی جو اصابتیں ملتی ہیں ان میں سے ایک نہایت بڑی تعداد ثانوی ہے جو دوسرے احشاء (بالخصوص معدے، آنت، مرارہ، شق، بائی میں کے غدو رحم، یا پستان) میں کے سرطانی مطروحات کے بعد پیدا ہو جاتی ہے۔  
 سرطانی خلیے دریدہ الباب کی شاخوں کے ذریعہ سے جگر میں پہنچ کر تخت کی عروق شریرہ میں جاگز میں ہو جاتے ہیں۔ ثانوی سرطان کی نوعیت، ایسے اس کے نرم یا سخت یا سیاہ ہونے کا دار و مدار اولی سلمہ کی نوعیت پر ہوتا ہے۔

اگر یہ سرطان منتشر ہے تو جگر محض بڑا ہو جاتا ہے لیکن جب یہ گرہوں یا جہ اکان رسولیوں کی شکل میں موجود ہو تو جگر بھی اُن کے ساتھ نہایت مختلف شکلیں اختیار کر لیتا ہے۔ ہر گرہک ہر سمت میں یکساں طور پر بڑھنے اور اس طرح اپنی شکل کو گلوبو سچر نما رکھنے کا رجحان رکھتی ہے اور جب وہ سطح پر پہنچ جاتی ہے تو وہ ایک سخت محذب یا نیم کروئی بروں بالیدگی کے طور پر ابھرتی ہے۔ لیکن جب گرہکس نسبت بڑی مثلاً قطر میں ۱۲ اینچ ہو جاتی ہیں تو مرکز میں وہ اکثر ذراتی یا سخی چورس کی صورت میں ٹوٹ پھوٹ جاتی ہیں اور اس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ وہ گرہکس جو سطح پر ابھری ہوئی ہوتی ہیں ایک جانب پر بلا سہارا ہونے کی وجہ سے اندر دھنس جاتی ہیں اور ایک مرکزی نشیب یا نافذی (umbilication) پیدا کر دیتی ہیں۔ یہ ایسی حالت ہے جو بعض اوقات اگلی دیوار شکم کی راہ سے محسوس ہو سکتی ہے۔ جگر کی زیریں کو ر بھی بے قاعدہ اور گرہک دار ہوتی ہے۔ تراش لینے پر ایسا جگر سپید سرطانی بالیدگی کے بے قاعدہ رقبے پیش کرتا ہے جن کے خاکے کم و بیش مدور ہوتے ہیں۔ نسبت بڑے رقبے مرکز میں نرم ہو رہے ہیں اور ان میں سے بہت سے رقبے نزقات کی وجہ سے دھبے دار ہو گئے ہیں۔ وہ کبدی بانٹ جو ان کے درمیان حامل ہے اکثر گرے بھورے یا زرد رنگ کی ہوتی ہے جب سرطان کا آغاز مرادہ یا قنات صفر سے ہوا ہو یا وہ شق بابی سے اندر کو بڑھ گیا ہو تو اسکی بالیدگی اسی خطے میں وسیع ترین ہوتی ہے یا ممکن ہے کہ اسی میں بالکل محدود ہو۔ بعض اوقات خالی مرارہ یا ایسا مرارہ جس میں کچھ حصہ موجود ہوں ایک سرطانی تودے میں مفروش یا گردا ہوا ہوتا ہے۔ شق بابی کے قریب کی سرطانی گرہکس قنات صفر یا ورید الباب کو دبا کر پچکا سکتی ہیں اور ممکن ہے کہ آخر الذکر اس نو بالید سے بالکل پر ہو جائے۔

علامات - سرطان جگر عموماً بہت زیادہ درد پیدا کرتا ہے جو دائیں مرق شائے اور کمر کو مارف کرتا ہے۔ ابتداءً وہ ایک وزن اور پیمانی کے احساس سے زائد نہیں ہوتا اور بعد میں شدید اور نمزق ہو جاتا ہے اور اس کے ساتھ الیمیت بھی ہوتی ہے۔ لیکن کبھی کبھی درد غیر موجود ہوتا ہے۔ جیسا کہ پہلے بیان کیا گیا ہے جگر بڑا ہو جاتا ہے اور ناف سے بہت دور نیچے اور بڑھ کر بائیں

جانب تک پہنچ سکتا ہے۔ اس کی سطح پر گر لیں، ابھر کر نمایاں ہو جاتی ہیں اور اس کا بے قاعدہ خاکہ، ایک نئی تصویر میں بھی دکھلائی دیتا ہے۔ کھانی زیادہ تر سونچے کی سمت ہوتی ہے، لیکن ممکن ہے کہ مخدب سطح سے بھی بڑے بڑے تودے بڑھ کر ڈایا فرام کو اوپر کے طرف دھکیل دیں اور اس طرح قاعدہ شش کو دبا کر پھکا دیں۔ بالعموم سرطانی تودے کی سطح تقریباً پتھر کی سی سختی رکھتی ہے، جو کہبت یا چربی مرض کے نسبت صاف طور پر سخت تر ہوتی ہے، اور سخت سرطان سے نرم طبعی بافت تک ایک تدریجی تغیر اکثر شناخت کیا جاسکتا ہے۔ یرقان تقریباً نصف مریضوں میں ہوتا ہے اور عموماً یہ دکھلایا جاسکتا ہے کہ وہ صفرا کی خالص فائت پر دباؤ پڑ جانے کا نتیجہ ہے، بالخصوص ان اصابتوں میں جہاں سرطان شق بانی سے شروع ہو۔ وان ڈن برگ کا راست کاشفہ حاصل ہوتا ہے۔ اسی طرح استقاء شکمی اکثر موجود ہوتا ہے لیکن ہمیشہ نہیں، اور یہ سیال شاذ ہی اس قدر وافر ہوتا ہے جس قدر کہ کہبت میں۔ اس کا انحصار بیشتر وید الباب یا اس کی بڑی شاخوں پر راست دباؤ پڑنے پر ہوتا ہے، اور کبھی کبھی ایک نمبران الہاب باریطون پر۔ نیز لاغری، شحوب، اور انبطاح جو نصیبت یعنی سرطانی امراض کا عام خاصہ ہیں، موجود ہوتے ہیں۔ سرطان جگر کی بہت سی اصابتوں میں ارتفع حرارت ہوتا ہے، اور کبھی کبھی اس کے اشتدادات اور فترات ونیسے ہی ہوتے ہیں جیسے کہ مرض باجکرن میں۔

تشخیص - ایک بوڑھے شخص میں بڑھا ہوا جگر اور یرقان جو کئی ماہ سے ہو، مریضوں کی اکثریت میں جگر کے سرطان یا البلبہ کے سر کے سرطان کے باعث ہوتا ہے، اگرچہ کبھی کبھی یہ بھی ممکن ہے کہ فائت صفرا ایک سنگ صفراوی سے متسد ہو گئی ہو۔ اگر جگر کی سطح پر سخت اور ناہموار گر لیں محسوس ہوتی ہوں تو سرطان جگر کی تشخیص نہایت اغلب ہے۔ وہ ابھار جو صمنیہ (gumma) کی وجہ سے ہو عموماً منفرد ہوتا ہے، اس کا قطر ایک انچ یا زائد ہوتا ہے، اور وہ نرم یا لچکدار ہوتا ہے۔ اگر جگر کی سختی کیساں طور پر ہو اور بہت زیادہ نہ ہو تو سرطان کا ہونا محض قریب قیاس ہے۔ جن اصابتوں میں یرقان نہ ہو جگر کا بڑھا ہوا، ناہموار

اور گوڑے دار ہونا اور مریض میں لاغری کا موجود ہونا عموماً تمیز علامات ہوتے ہیں۔ چربشی اور اکھب جگر نسبتہ کم سخت اور زیادہ ہموار ہوتے ہیں۔ ان دونوں حالتوں میں طحال بھی اکثر اوقات بڑھی ہوئی ہوتی ہے، پہلی حالت میں چربشی جاؤ سے اور دوسری حالت میں وریدی رکود کی وجہ سے، در اس حالیکہ طحال کی سرطانی کلانی نسبتہ غیر عام ہوتی ہے۔ آتشکی جگر نامہ ہموار اور دردناک ہو سکتے ہیں، لیکن یہ اکثر نسبتہ نوعمر اشخاص میں ہوتے ہیں اور اپنی مخصوص سرگزشت رکھتے ہیں۔ شکم صفر کے عرصہ دراز سے ہونے کی سرگزشت سرطان کے امکان کو خارج نہیں کرتی، بلکہ اس کی تائید ہی کرتی ہے۔

انذار۔ یہ نہایت یاس انگیز اور بُرا ہوتا ہے۔ مدت مرض شاذی بارہ مہینوں سے زائد ہوتی ہے، لیکن کبھی کبھی دو یا تین سال بھی ہو سکتی ہے۔ نسبتہ نرم قسم کی نوبالیدیں ایک یا دو ماہ کے اندر ہی ہلاکت پیدا کر سکتی ہیں۔  
علاج۔ یہ محض مخفف ہو سکتا ہے، اور اس پر مشتمل ہے کہ درد کی تسکین اور دوسرے علامات کا تدارک کروایا جائے، بیشتر ان علامات کا جو اعضا مضم سے متعلق ہوں، مثلاً قے، ریجیت، اور قبض۔ غذا ہلکی مگر مغذی ہونی چاہئے۔

## دویری مرض

(cystic disease)

اس نامور حالت میں کثیر التعداد دویرے، کم و بیش مجتمع طور پر واقع ہوتے ہیں، جن کی جسامت ایک انچ یا زائد قطر کی ہوتی ہے، اور جن میں ایک صاف یا زردی مائل آسمر آبی مایع بھرا ہوا ہوتا ہے۔ یہ مرض بیشتر اوقات گردوں اور دوسرے اعضا کے دویری مرض کے ساتھ متلازم ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ جگر بڑھا ہوا ہو، لیکن اس کے علاوہ اور کوئی علامات موجود نہیں ہوتے، اور اس کی تشخیص انذار اور علاج کا انحصار گردوں کے مائل تغیر پر ہوتا ہے، جو اس کے ساتھ ساتھ ہو کر تا ہے (ملاحظہ ہو گروے کا دویری مرض)۔

# گرد کبدی التهاب

(PERIHEPATITIS)

امراضیات - گرد کبدی التهاب، یعنی جگر کے کیسہ کا التهاب، عادی یا مزمن، محدود المقام یا زیادہ عام طور پر منتشر ہو سکتا ہے۔ یہ کسی ایسے ضرر سے پیدا ہو جاتا ہے جو جگر میں یا اس کے قرب وجوار میں ہو، بالخصوص کپتہ، آتشکی مزمن التهاب، مرارہ، سرطان کیسیہ، اور زیر ڈایا فرمی پھوٹے (subphrenic abscess) سے، اور ممکن ہے کہ یہ ایک عمومی التهاب باریطون کا جزو ہو۔

گرد کبدی التهاب میں جگر کی سطح کا منظر عادی التهاب باریطون کا سا ہوتا ہے۔ مزمن گرد کبدی التهاب میں جگر کا کیسہ غیر شفاف اور کم و بیش دبیز ہوتا ہے۔ یہ دبازت اکثر سطح پر بے قاعدہ چکیتوں میں پھیلی ہوئی ہوتی ہے۔ اور ایسی چکیتیاں اس مرض سے متعین ہوتی ہیں جو کیسہ کا التهاب پیدا کر دیتا ہے۔ بعض اوقات جگر ایک دبیز کیسہ کے اندر بالکل ملفوف ہوتا ہے جس کی دبازت ۲ تا ۱۰ ملی میٹر ہوتی ہے (جرمن زبان میں Zuckergussleber، شکر کی تلہ چڑھا ہوا جگر = sugar-icing liver) ایسی اصابتوں میں جگر کا اگلا کنارہ گول ہوتا ہے۔ زیادہ شدید شکلوں میں استسقاء شکمی عموماً موجود ہوتا ہے، جو متلازم التهاب باریطون کا نتیجہ ہوتا ہے، اور طحال بھی اکثر شامل طور پر ماؤف ہوتی ہے رگود طحالی التهاب = (perisplenitis)۔

علامات - کیسہ جگر کے التهاب عادی میں مقامی الیمیت اور درد ہوتے ہیں، بالخصوص تنفس کے عمل میں، اور ممکن ہے کہ ایک رگڑ کی آواز سنائی دے، یا جگر پر ہاتھ رکھنے پر ایک رگڑ محسوس ہو۔ مزمن اصابتوں میں جگر سخت ہوتا ہے اور ممکن ہے کہ متوالی استسقاء شکمی بھی دیکھا جائے۔ بنیادی سبب کا علاج کرنا چاہئے۔

## التهاب ورید الباب

(PYLEPHLEBITIS)

یہ دو شکلوں میں، یعنی انضمامی اور تقریقی ہوتا ہے، جن کا تذکرہ پہلے کیا گیا ہے۔ ایک کا تو اتنا شواہد کی ایک سبب کی حیثیت سے، اور دوسرے کا جگر کے متعدد خراجات کے متعلق میں (ملاحظہ ہو انگریزی صفحہ 390)۔

## انضمامی التهاب ورید الباب

(adhesive pylephlebitis)

زیادہ عام طور پر یہ ورید الباب کی علیقت ہوتی ہے، جس میں خون کا تھکنا دیوار ورید سے چپک کر بالآخر اسی طرح متعقی ہو جاتا ہے جس طرح کہ ایک علقہ کسی دوسرے مقام پر متعقی ہوتا ہے۔ اس کے اسباب وہ تغیرات ہیں جو ورید الباب یا اس کی توزیع میں جوئے خون کا ابطار پیدا کر دیتے ہیں، مثلاً کبیت، آتشکی مرض، وریدی تنہ پر رسولیوں کا دباؤ یا گرد کبدی التهاب میں اس کا بھی مبتلا ہو جانا، یا شق کبدی کے قریب مزمن باریطونی التهاب۔ ورید الباب کا یہ تسد و مرض بینٹی (Banti's disease) کی ایک شکل پیدا کر دیتا ہے، یعنی طحالی عدم دمویت جس کے ساتھ کبیت جگر ہو۔

## تقریقی التهاب ورید الباب

(suppurative pylephlebitis)

یہ تقریباً ہمیشہ شکم کے ضررات کی سرایت کے سبب سے واقع ہوتا ہے، (شکم وہ رقبہ ہے کہ جس سے ورید الباب کو خون کی رسد پہنچتی ہے)۔ ضررات کی مثالیں التهاب زائدہ دودید (جو عام ترین سبب ہے)، معاد مستقیم، قولون یا چھوٹی آنتوں کے قروح، معدی قرعہ، اور شکم یا حوض کا کوئی تقيج ہیں۔ لیکن ہر کہ

نوزائیدہ بچہ میں ورید ہسٹری کے عفن التهاب وریدی سے ورید الباب کو سرایت پہنچ جائے۔ شاذ اصاباتوں میں راستہ تھلے سے بھی ورید الباب کا تھلے الٹنا شروع ہو سکتا ہے۔

یہ فساد عموماً ورید الباب کی محیطی شاخوں میں آغاز پذیر ہوتا ہے۔ ورید کی دیوار مٹھب ہو کر تنقیج ہو جاتی ہے۔ ایک حلقہ بن جاتا ہے اور وہ پیپ بن کر ٹوٹ پھوٹ جاتا ہے اور جگر کے اندر کی مرکزی شاخوں میں اس کے منتقل ہونے سے علقیت التهاب وریدی اور تنقیج کے تازہ مرکز پیدا ہو جاتے ہیں۔ بالآخر بہت سی اصاباتوں میں جگر میں متعدد چھوٹے چھوٹے پھوڑے بن جاتے ہیں۔ جگر بڑا اور نرم ہو جاتا ہے۔ ورید الباب کی شاخیں ٹوٹنے پھوٹنے والے علقوں، یا پیپ، یا مختصر سیال سے بھر جاتی ہیں۔ طحال بڑی ہو جاتی ہے اور کبھی کبھی التهاب باریلین بھی پیدا ہو جاتا ہے۔

علامات۔ شراسینی اور مرقی درد، عادی بخار، تشعیرہ، پسینہ، قے، عدم دمویت اور انبطاح ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ ورید الباب کا تھلہ وکیفہ انتفاخ شکلی پیدا کر دینے کے لئے کافی ہو، اور طحال بڑھ جاتی ہے۔ یرقان اکثر موجود ہوتا ہے لیکن ہمیشہ نہیں۔ اگر پھوڑے کثیر التعداد ہیں تو ممکن ہے کہ جگر کی کلائی اور درد اور الیمیت موجود ہو۔ برازی میں عموماً اسٹروکوبالین (stercobilin) موجود ہوتا ہے۔ ایک ٹائفاؤیڈی حالت طاری ہو جاتی ہے، جس میں ذہول اور نڈیان ہوتا ہے، اور ایک سے سات یا آٹھ ہفتوں میں مرض عموماً ترقی پا کر خاتمہ ہوتا ہے۔

تشخیص۔ یہ مرض باسانی نظر انداز ہو جاتا ہے۔ تنقیج الدم، بھونٹا دم، لمیر یا نی بخاروں، عادی صفروبول، تھلے التهاب، تنقات صفراء، مداری نی خراج، زیر دایا فرامی خراج، ٹائفاؤیڈ بخار، یا ذات الریہ کے ساتھ اس مرض کا ظاہر ملایا گیا جانا ممکن ہے۔ جگر کی ٹائوفیت کی مقامی شہادت اور بابی رقبہ میں سرایت کے مقامی سرچشمہ کی موجودگی کی شہادت اور طحال کی کلائی یہ سب تھلے التهاب ورید الباب پر دلالت کرتے ہیں۔ جب مقامی امارات غیر موجود ہوں، تو



اس واقعہ سے کہ مزید تیقح الدم بلا کسی خارجی زخم کے اور بلا التهاب دروں قلب (endocarditis) کے موجود ہے، کسی شکلی عضو کے سرچشمہ عفونت ہونے کا اشارہ ہوتا ہے۔ تیقح الدم کے علامات، نمایاں یرقان اور التهاب مرارہ یا سنگھائے صفرا کی شہادت تقیمی التهاب قنات صفرا پر دلالت کریں گے۔

**علاج۔** چونکہ اس مرض کا مقررہ یا لازمی طور پر مہلک ہوتا ہے، لہذا علاج لامصل ہے، باستثنائے اُس کے کہ جو تخفیف درد، بے خوابی اور دیگر علامات کے لئے اختیار کیا جائے۔

## صفراوی آلہ کا امتحان

صفراوی قناتیں محض مالبین جیسی ایصالی نالیاں نہیں ہیں، اور نہ مرارہ محض مشانہ کی طرح ایک طرف ہے۔ صفراوی قناتوں میں غدہ میں جو ایک بے رنگ آبی سیال کا افراز پیدا کرتے ہیں جو صفرا کی ترقیق کر دیتا ہے، اور مرارہ کا قتل اس کے برعکس ہے جو صفرا کی دس گنا تر کیز کر کے ایک گاڑھا مریال بنا دیتا ہے۔ اگر کبدی قناتیں باندھ دی جائیں تو وہ ایک بیرنگ سیال یعنی سپید صفرا (white bile) سے پھول جاتی ہیں، اور یہ ایسے بلند تناؤ کے تحت جمع ہو جاتا ہے کہ جس سے جگر ان قناتوں کے اندر صفرا کا افراز بالکل نہیں کر سکتا۔ اگر مشترک قنات مسدود ہو جائے تو مرارہ میں پانی اور لمحات کا جذب واقع ہوتا ہے، جو کہ طبی حالت میں کل حجم کا ۹ فی صدی ہوتا ہے، لہذا قناتوں میں دباؤ بڑھنے نہیں پاتا، اور اب ان میں معمولی صفرا موجود ہوتا ہے۔ لیکن اگر مرارہ اکھب یا تلف ہو جائے تو دباؤ کو کم و بیش کرنے والی میکانیت غیر موجود ہوتی ہے، اور یہ قناتیں سپید صفرا سے پُر ہو جاتی ہیں، گو جسم کی ہر دوسری بافت میں گہا یرقان موجود ہو۔ مرارہ براری (cholecystectomy) کے بعد ابتداءً صفرا اثنا عشری میں مسلسل ٹپکتا رہتا ہے، لیکن بالآخر ممکن ہے کہ قناتیں مسخ ہو جائیں اور مرارہ کے افعال کی انجام دہی خود اختیار کر لیں (نیز ملاحظہ ہوں امراض لیلہ)۔

2  
3  
4

5

الف۔ مرارہ بھکاری طبعی مرارہ (شعاع نکاشت مسٹر واپہ لنڈ سے لاک نے لی ہے)

ب مرارہ بھکاری۔ مرارہ میں مصنی سنگ موجود ہیں۔ (شعاع نکاشت مسٹر واپہ لنڈ سے لاک نے لی ہے)

## وظیفہ امتحان

مرارہ نگاری (cholecystography) - طریقہ گرام (Graham's method) کا انحصار اس حقیقت پر ہے کہ بعض خضابات (dyes) جو لاشعاعوں کے لئے غیر شفاف ہوتے ہیں، جوئے خون میں پہنچنے کے بعد ان کا جگر سے صفراء کے اندر افزائ ہو جاتا ہے اور یہ خضابات صفراء کے ساتھ مزارہ میں چلے جاتے ہیں۔ کچھ عرصہ کے بعد یہ صفراء اس خضاب کے مزارہ کے اندر مکرکز ہو جاتا ہے (لیکن قناتوں میں مکرکز نہیں ہوتا) لہذا شمع نگاشت لی جاسکتی ہے۔ پھر ایک شمی غذا دیکر مزارہ کے وظیفہ تخلی کا امتحان کیا جاسکتا ہے، چنانچہ طبعی حالت میں سایہ نسبتہ چھوٹا ہو جاتا ہے (صفحات ۳۱ اور ۳۲ ب)۔

ٹیٹرا آیوڈو فینال تھالین (tetra-iodo-phenol phthalein) موضوع کی جسامت کے لحاظ سے ۳ یا ۴ گرام کی مقداروں میں ۴۰ سی سی عقیقہ آب کشیدہ کے اندر حل کر کے ۹ بجے شب کے وقت وسطی قیفالی ورید کے اندر مشرب کر دی جاتی ہے (احتیاطوں کے متعلق ملاحظہ ہو نو ارسینو بنیزال)۔ اشرب سے چوبیس گھنٹے پہلے لٹھی کا سفوف (liquorice powder) دے کر مزاری خطے کا صفحہ لے لیا گیا تھا۔ دن بھر شمی غذائیں دی جاتی ہیں، لیکن ۶ بجے شام کے بعد کوئی غذا نہیں دی جاتی۔ دوسرے دن نو بجے صبح کے وقت بلا غذا دئے، شمع نگاشتیں لی جاتی ہیں اور اشعاع شری کے ساتھ سایہ کی مجاورت کی تعین بیریم کی غذا کے ذریعہ کر لی جاتی ہے۔ ایک بجے دن کے وقت شمی غذائے کراس کے دو گھنٹے بعد دوسری لاشعاعی تصویر لی جاتی ہے۔ مندرجہ بالا اشرب سے بعض اوقات متلی قے، جھنجھٹ اور قشعریدہ پیدا ہو جاتا ہے۔ اس سے بچنے کیلئے اب عموماً اس دوا (۱/۴ م گرام) کے متعدد چھوٹے چھوٹے کرائین غلافی کیسے بنا کر براہ دہن دئے جاتے ہیں، لیکن اس صورت میں ان کا اسجذاب کم یقینی ہوتا ہے۔

مزارہ کے سایہ کی غیر موجودگی مزاری قنات کی مسدودی کے باعث، یا

اس واقعہ کے سبب سے ہو سکتی ہے کہ مرارہ سنگھائے صفر سے پورا بھرا ہوا ہے۔  
 خفیف سا سایہ خضاب کا ارنکا زہ ہونے کی وجہ سے ہو سکتا ہے، جو التهاب مرارہ  
 پر دلالت کرتا ہے۔ ممکن ہے کہ مرارہ نظر آئے اور مراری سایہ میں سنگھائے صفر  
 نہیں یا تو کیلیم کے لمحات کی وجہ سے زیادہ کہرے سایہ کے طور پر نظر آئیں، یا کالکول  
 کی وجہ سے منفی سائیوں کے طور پر کیونکہ کالکولس بن ان شعاعوں کے لئے  
 شفاف ہوتی ہے۔ ممکن ہے کہ مرارہ کا سایہ قرب وجوار کی بالیدوں، کیسیہ وغیرہ  
 کے سبب سے اپنی جگہ سے ہٹا ہوا یا ملوث ہو۔

**اشناعشری میں ادخال انبوبہ (duodenal intubation) این ہارن**  
 (Einhorn) کے اشناعشری انبوبہ سے مرارہ کے مرض کی تشخیص کا ایک مفید  
 طریقہ حاصل ہوتا ہے، اگرچہ اس سے التهاب مرارہ اور سنگھائے صفر کی  
 موجودگی کی تصریح نہ ہوگی۔ فائدہ کش معدے کے اندر ایک انبوبہ داخل کرنے  
 کے بعد اور معدہ کو بہ احتیاط آپ عقیم سے دھو کر مریض بائیں کروٹ پر  
 لیٹتا ہے، یہاں تک کہ وہ انبوبہ اشناعشری کے اندر داخل ہو جائے، جو اس  
 واقعہ سے ظاہر ہوتا ہے کہ انبوبہ میں سے امتصاص کرنے پر ایک باریک جھاگ دار  
 سیال حاصل ہو جاتا ہے، جو قدرے صفر آلود اور لیمس کے لئے تعدیلی یا قلعوی  
 ہوتا ہے۔ اشناعشری کو عقیم آپ کشیدہ سے دھو ڈالنے کے بعد اشناعشری کے  
 اندر میگنیم سلفیٹ کے ۲ تا ۵ فی صدی محلول کے ۱۰ تا ۳۰ سی سی کا شراب  
 کر دیا جاتا ہے۔ صفر کا بہ کثرت سیلان ہوتا ہے، جسے باہر نکال کر امتحان کر لیا  
 جاتا ہے۔ کالکولس کی قلموں اور سپید خلیوں کی موجودگی مرارہ کے مرض کی دلت  
 ہے۔ ممکن ہے کہ کاشت کرنے سے عصیہ ٹولونی (B coli) کی موجودگی ظاہر ہو،  
 مگر یہ چنداں متمیز نہیں ہوتی، کیونکہ وہ ایسی ہر حالت میں مل سکتا ہے جس میں معدی  
 رس کا ترشہ بہت کم ہو گیا ہو۔

اس امر کی شہادت موجود ہے کہ شقیقہ (migraine) کی بعض اصابتیں  
 مرارہ کی غیر طبعی تخلی کے ساتھ متلازم ہوتی ہیں (83)۔ (صفری شقیقہ "biliary  
 = (migraine")

# صفراوی آلہ کے امراض

## التهاب مرارہ

(cholecystitis)

التهاب مرارہ کی عام ترین قسم وہ سخت الحاد یا مزمن سرایت ہے جو نبتات سبجیہ سے پیدا ہو جاتی ہے، جو مرارے کی دیوار کی ساخت کے اندر سے علحدہ کئے گئے ہیں (27)۔ ممکن ہے کہ یہ ایک معمولی خون سرایت ہو۔ لیکن التهاب مرارہ ہمیشہ التهاب غلاف قناتہ صفرا (pericholangitis) کے ساتھ ہوا کرتا ہے جو اس امر کی دلالت ہے کہ مرارے میں سرایت کا داخلہ جگر سے لمفائی عروق کی راہ سے ہو سکتا ہے۔ التهاب مرارہ عموماً التهاب ائندہ دوویہ (appendicitis) اور بعضی قرحہ (peptic ulcer) کے ساتھ متلازم ہوا کرتا ہے، اور یہ ممکن ہے کہ سرایت وریڈالباب کی راہ سے جگر میں اور پھر مرارے میں داخل ہو جاتی ہو۔ صفراء نبتات سبجیہ کی بالیدگی کا امتناع کرتا ہے، یہی وجہ ہے کہ صفراء عموماً عقیم ہوتا ہے۔ التهاب کی ایک ابتدائی شکل جو غالباً اس قسم کی سرایت سے پیدا ہو جاتی ہے، نام نہاد اسٹرابیری صراخ (strawberry gall bladder) ہے۔ چھوٹے زردی مائل سپید دانے خلات سے ابھرے ہوئے دکھائی دیتے ہیں۔ خردبین سے یہ دانے کالیسٹیرین کے جاؤ دکھائی دیتے ہیں جو غشاء مخاطی کی سطحی تہ کے نیچے ہوتے ہیں، یعنی مرارے کی کالیسٹویڈیٹ (cholestosis) پیدا ہو جاتی ہے۔ یہ رائے ظاہر کی گئی ہے کہ طبعی حالات میں صفراء میں کی کالیرال (cholesterol) کو مرارہ جذب کر لیتا ہے، اور یہ کہ جب مرارے کی دیوار سرایت زدہ ہو جاتی ہے تو یہ جماؤ پیدا ہو جاتے ہیں۔ بالآخر ان میں سے بعض لدے جوٹے طلیہات مرارے کے اندر جھڑ جاتے ہیں، اور اس طرح ممکن ہے کہ یہ ایسے مرکز بن جائیں جن کے گرد متعدد شہتوت نما سنگریزے بن جاتے ہیں۔ یہ

شکریزے بعض اوقات اس مرض میں پائے جاتے ہیں۔ اسی واسطے التهابِ مرارہ سنگھائے صفر کا اولی سبب ہے، اور یہ سنگھائے صفر التهابِ مرارہ کی ۶۵ فی صدیِ اصابتوں میں علیہ کے وقت پائے گئے ہیں۔ بنقی سببی سرایت کے مابعد نتائج دیوارِ مرارہ کی دبازت اور انقباض ہیں، اور گرد و پیش کے حصوں کے ساتھ انضمامات بھی ہو جاتے ہیں۔ علاوہ سنگھائے صفراء کی موجودگی کے سرایت زدہ مرارہ سے مزمن التهابِ بلبہ، جگر کی کہبت، اور قلب، عضلہ، مصلات، رداؤں اور گردوں پر بعید سہی اثرات پیدا ہو سکتے ہیں، اور ایک مزمن طور پر التهابِ زوہ مرارہ کے استیصال کے بعد یہ ضررات غائب ہو گئے ہیں (82)۔

حادِ نازلتی یا یقینی التهابِ مرارہ (مرارہ کا دبلہ = empyema) ایک تسدوی التهابِ مرارہ ہے جو عموماً معمولی عصیہ قولونی کے باعث ہو جاتا ہے لیکن عصیہ محرقیہ (B. typhosis) اور کبھی کبھی دوسرے عضویہ بھی پائے گئے ہیں۔ یہ مغرور سنگ ریزوں، تب محرقہ اور دوسرے ساری امراض سے پیدا ہو سکتا ہے۔ نہایت شدید شکلوں میں مرارے کی دیواریں سخت ملتبہ، اذیمیائی، اور ریم سے در ریمتہ ہو جاتی ہیں (فلغمونی التهابِ مرارہ = phlegmonous cholecystitis)، اور اس سے بھی زیادہ قشبی شکل میں دیواریں سیاہ سبز، نرم، بھر بھری اور کم و بیش وسیع چکیتوں میں اغشا پذیر ہو جاتی ہیں (گنگرینیسی التهابِ مرارہ = gangrenous cholecystitis)۔ یہ التهاب بلاشبہ مختلف سمتوں میں پھیل سکتا ہے۔

405

علامات۔ بنقی سببی مبداء کا تحت الحاد اور مزمن التهابِ مرارہ جو اوپر بیان کیا گیا ہے اس کے علامات اپنے آغاز میں عموماً غیر محسوس ہوتے ہیں۔ فی الحقیقت اس واقعہ کی بنا پر کہ التهابِ مرارہ کی اصابتوں کی اکثریت بالآخر سنگھائے صفر میں منتہی ہوتی ہے، انہیں سنگھائے صفر کی ابتدائی علامات سمجھا جاتا ہے۔ یہ علامات یہ ہیں:۔ سورہضم، یعنی متلی، سوزشِ سینہ، اور شریانی تکلیف، اور خاص کر ریمیت۔ مستمر درد اور دائیں ضلعی حاشیہ کے نیچے اوہیں عظم الکف کے خطے میں دبائے سے الیمیت بھی ہوتی ہے۔ سورہضم اثنا عشری

قرحہ سے مشابہ ہو سکتا ہے، مگر غذا کے ساتھ اس کا تعلق اتنا نمایاں نہیں ہوتا۔ کیا رھویں اور بارھویں دائیں پسلیوں اور اسفل ظہری فقرات کو دبانے سے عموماً درد ہوتا ہے۔ نیز اوپر جو پیچیدگیاں بیان کی گئی ہیں ان کے متناظر علامات پیدا ہو سکتی ہیں، یعنی سانس کا پھولنا، قلبی بے قاعدہ گیاں اور ذبحہ صدریہ، نیز ژیت نما التهاب مفاصل، التهاب لیفی اور مرض برائٹ کے علامات۔

ماؤ تشددی التهاب مرارہ کی حالت میں حملہ کا آغاز ماد ہوتا ہے اور اس کے ساتھ مرارے کے خطے میں موٹاپا یا دوری درد ہوتا ہے، اور عضلہ مستقیمہ کے بالائی حصے میں بڑی الیمیت اور استواری محسوس ہوتی ہے۔ مثلی، عدم اشتہا، میلی زبان، تپ، شاید فشریدہ کے ساتھ ہوتے ہیں اور یرقان تقریباً ایک تہائی اصابتوں میں۔ بائیں قاعدہ شش پر آمارات بالخصوص تمیز ہوتے ہیں، یعنی گنگ کی کمی، ٹکٹکات اور پلیورائی رگڑ۔ وایاں ڈایا فرام غیر متحرک ہوتا ہے۔ کچھ عرصہ کے بعد ممکن ہے کہ متعدد مرارہ ایک متعین رسولی بناوے۔ یقینی اصابتوں میں سپید خلیوں کی کثرت ہوتی ہے۔

تشخیص۔ التهاب مرارہ بلا شلہ صفر کی موجودگی کے مرکز ایک غیر عام حالت نہیں، اور اس کی تشخیص اس وقت کی جاسکتی ہے جب کہ دائیں ضلعی حاشیہ کے نیچے شدید درد اور الیمیت اور کسی قدر سو رہضم موجود ہو، اور جبکہ بہ اعتیاد امتحان سے اثنا عشری قرحہ اور التهاب زائدہ دو دیہ کو خارج از بحث کر دیا گیا ہو۔ مرارہ نگاری اور مرارہ کی ”طبی“ تسکین جو صفحہ 403 پر بیان کی گئی ہے، تشخیص میں مفید ہو سکتی ہے۔

انذار۔ یہ صابن طبی معالجہ سے شفا یاب ہو جاتی ہیں۔  
علاج۔ طبی علاج بالخصوص مرارہ کی سختی میں سہولت پیدا کرنے پر مشتمل ہے۔ ہفتہ میں کئی بار طبی تسکین عمل میں لائی جاسکتی ہے۔ بلکہ میگنیم سلفیٹ براہ دہن بھی دیا جاسکتا ہے، مگر یہ اس قدر کارگر نہیں ہوتا۔ شحمی غذائیں اور بالخصوص روغن زیتون، ۲ اونس دن میں کئی بار (84) بھی منفعت بخش ہیں۔ جگر اور مرارے کے خطے میں پولٹیس اور خلائی اغلیہ لگانے سے التهاب میں تخفیف



ہو سکتی ہے۔ صفرا کی سرایت کا ازالہ سوڈیم سیلی سیٹ، آتا۔ ۲۰ گرین، دن میں تین بار دیکر، یا رات کے وقت ہیکزامین (hexamine) ۲۰-۲۰ گرین سے شروع کر کے ۶۰ یا ۸۰ تک بڑھا کر، دے کر کیا جاسکتا ہے۔ ہیکزامین کے ہمراہ کافی فلی، مثلاً ۶۰ گرمین پوٹاشیم سائٹریٹ دی جاتی ہے، تاکہ بول قلوئی ہو جائے اور بولی خطے کی خراشیں ہیکزامین سے واقع نہ ہو، [کیونکہ ہیکزامین ترشی نخلول کے اندر ٹوٹ کر فارمالین (formalin) بن جاتی ہے] (64)۔ بیہ دگیٹ وشی اور کارلنر باؤ کے پانی خاص طور پر ذکر کے قابل ہیں۔ شدید امصابتوں میں مرارہ بڑی مناسب ہے، اور اگر تھج موجود ہو تو عملیہ کی ضرورت ہے۔

## سنگھائے صفرا

(gall stones)

(حصانیت صفرا = cholelithiasis)

حصوات صفراویہ (biliary calculi) یا سنگھائے صفرا مرارے کے اندر یا نہایت شاذ امصابتوں میں جگر میں صفراوی قناتوں کے اندر صفرا سے بنتے ہیں۔ جماعت میں وہ محض ایک سے لے کر ۲ انچ طول اور ایک انچ عرض کے بیضوی تودوں تک مختلف ہوتے ہیں۔ زیادہ کثرت سے وہ قطر میں ۱/۲ تا ۱/۴ انچ ناپ کے ہوتے ہیں۔ اکثر وہ شکل میں گم و بیش کعب ہوتے ہیں، اور جب کسی سنگ باہم تماس رہے ہوں تو وہ رُویک پیش کرتے ہیں۔ ورنہ وہ زیادہ گول ہو سکتے ہیں۔ سب سے بڑے سنگ بیضوی الشكل ہوتے ہیں، اور یہ شکل اس وقت پیدا ہوگی کہ وہ مرارہ کے سارے کھنڈ کو پر کرتے ہوں۔ سنگھائے صفرا کے خاص ترکیبی اجزاء کالسیئم، صبغہ صفرا، پروٹین اور کالسیئم کے لمحات ہیں، اور یہ صبغہ صفرا بیہر کالسیئم کے ساتھ باہلی رُوین کالسیئم (bilirubin-calcium) کی شکل میں مزوج ہوتا ہے۔ وہ سنگ جو خاص کر صبغہ صفرا پر مشتمل ہوتے ہیں، چھوٹے سیاہ اور خستہ ہوتے ہیں۔ دوسروں میں صبغہ صفرا کا ایک نواۃ یا مرکز ہوتا ہے، اور ان کے گرد کالسیئم کی قلموں کی تہیں ہوتی ہیں جو نواۃ سے مشتق ہوتی ہیں۔ یہ سنگ عموماً زیادہ بڑے اور زیادہ سخت ہوتے ہیں، اور ان کا رنگ نسبتاً شاحب ہوتا ہے۔ نرم سنگ جو

بالخصوص کیلیئم کاربونیٹ پر مشتمل ہوں اُس وقت پائے جاتے ہیں جبکہ صفراوی قناتہ متسد وہو۔ کیلیئم کاربونیٹ کے سخت، سبزی مائل سنگ تانبے پر مشتمل ہوتے ہیں۔

بحث اسباب۔ سنگھائے صفراؤں رسیدگی کی حالت میں زیادہ عام ہوتے ہیں اور مردوں کے نسبت عورتوں میں زیادہ کثیر الوقوع ہیں مَعْوَدِ مِثْیَے اور بسیار خوری، بالخصوص کالیمیڈین شامل رکھنے والی غذائیں اسباب مَعِدَہ میں اور شاید حمل اور تپ محرقہ بھی۔

امراضیات۔ یہ رائے پہلے بیان کی گئی ہے کہ سنگھائے صفراؤں کا اولی سبب التهابِ مرارہ ہے۔ یہ ثابت کیا جاتا ہے کہ اگر کوئی مادہ غریب ایک نواتہ کے طور پر عمل کرنے کے لئے موجود ہو تو سنگھائے صفراؤں بن جاتے ہیں خواہ صفراؤ عقیم ہی کیوں نہ ہو۔ یہ ۱۰ فی صدی لاشوں کے امتحان میں پائے گئے ہیں اور ممکن ہے کہ پوشیدہ رہیں (81) 'اگرچہ ان کی موجودگی التهابِ مرارہ میں زیادتی پیدا کر دیتی ہے۔ بہر کیف ممکن ہے کہ التهاب کی وجہ سے مرارے میں خراشیں ہو کر ایک یا زیادہ سنگ اُس کے کھنڈ سے باہر نکل آئیں یا مراری قنات میں مغروز ہو جائیں۔ اس کا فوری اثر قنات کا نہایت درد انگیز شنج (قولنج صفراوی = biliary colic) ہوتا ہے جس کے ساتھ یرقان نہیں ہوتا۔ انغراز کی حالت میں صفراؤ مرارے کے اندر نہیں داخل ہو سکتا، اور مرارہ متض یا غامضی یک یاریم سے پر ہو کر متسد ہو جاتا ہے۔ اگر سنگ مراری قنات میں سے گزر جائے تو وہ مشترک قنات میں داخل ہو جاتا ہے اور یہاں بھی قولنج صفراوی پیدا کر دیتا ہے، لیکن اس قولنج کے ساتھ سریع الزوال یرقان موجود ہوتا ہے جس کی وجہ یہ ہے کہ سنگ کی موجودگی کے باعث جگر سے صفراؤ کے بہاؤ میں رکاوٹ پیش آتی ہے۔ اگر سنگ قنات کے اندر مغروز ہو تو تسدی یرقان (obstructive jaundice) پیدا ہو جاتا ہے۔ یہ انغراز عام طور پر انتفاخ و آیلر (ampulla of Vater) میں واقع ہوتا ہے، جہاں قنات کا قطر سب سے زیادہ کم ہوتا ہے۔ میلل تسد مندرجہ ذیل اثرات رکھتا ہے۔

(الف) جگر اپنی قناتوں کے اتساع کے باعث جو صفرا سے مستند ہو جاتی ہیں پہلے بہت بڑا ہو جاتا ہے۔ بعض اوقات قناتیں یکساں طور پر متسع ہوتی ہیں اور دوسرے اوقات میں زیادہ بے قاعدگی کے ساتھ متسع ہو کر گلوبوئی دوسرے بنا دیتی ہیں۔ وہ جگر کی بافت پر کس قدر دباؤ ڈال کر اُسے مذبول کر دیتی ہیں چنانچہ بالآخر جگر نسبتاً چھوٹا اور کس قدر پلپلا ہو جاتا ہے۔ یقینی التهاب قنات بائے صفرا واقع ہو سکتا ہے۔

(ب) توقع ہو سکتی ہے کہ انفراننگ کا اثر مرارے پر یہ ہو کہ وہ متند ہو جائے۔ مگر عموماً ایسا نہیں ہوتا تا وقتیکہ مرارے میں بھی ہمزماں طور پر حصاء التهاب موجود نہ ہو، کیونکہ مزمن التهاب تو مرارے کی لیفیت پیدا کر کے اُسے سُکڑا دیتا ہے۔

(ج) جب ننگ صفراء انتفاخ و آئیر میں مضبوطی کے ساتھ مثبت ہو جاتا ہے تو بنقر اسی قنات جو یہاں کھلتی ہے اُس کے تعلقات اہمیت رکھتے ہیں، اس کی وجہ یہ ہے کہ وہ بھی غالباً متند ہو جائے گی اور بنقر اسی رس کا احتمال ہو جائے گا۔ خرد عضویہ قنات صفراء کی دیواروں میں سے باسانی گذر کر بنقر اس میں پہنچ جائیں گے اور مجبوس افرازاات کے ساتھ حاد یا مزمن التهاب بنقر اس پیدا کر دیں گے (جو ملاحظہ ہو)۔

ننگ صفراء کا مرارے کی دیوار کو متفرج کر کے براہ راست اثنا عشری یا قولون متعرض کے اندر چلا جانا چنداں غیر عام حادثہ نہیں۔ عموماً وہ ایک بڑا ننگ صفراء ہی ہوتا ہے جو قطر میں ایک انچ یا زائد کا ہوتا ہے، اور اگر یہ اثنا عشری کے اندر داخل ہو جائے تو ممکن ہے کہ لغائفی کے زیریں حصے میں مغرور ہو جائے، یا اگر یہ قولون کے اندر داخل ہو تو قولون سینی (sigmoid) یا مبرز کے قریب تسد کی وجہ سے کم و بیش در وادرت پیدا ہونے کے بعد براہ مبرز خارج ہو جائے۔ شاید صورتوں میں ایک بڑا ننگ تھے سے بھی خارج ہوا ہے۔

مرارے کے اندر سنگھائے صفراء کی موجودگی اور استقرار کا ایک دوسرا نتیجہ مرارے یا صفراوی قناتوں کا مہرطان ہے، اور یہ حصاء صفراء کی تقریباً

۵ فی صدی اصابتوں میں پایا گیا ہے۔ تجربہ یہ دکھلایا گیا ہے کہ اگر کینی پگ کے مرارے میں سنگھائے صفراء اور دوسرے اجسام غریبہ داخل کئے جائیں تو مزمن اس پیدا ہو کر سرطان پیدا ہو جاتا ہے (85)۔

**علامات**۔ یہ ممکن ہے کہ سنگھائے صفراء سالہا سال تک مرارے کے اندر رہیں اور کوئی علامات نہ پیدا کریں۔ لیکن دوسری اصابتوں میں علامات تحت الحاد اور مزمن التهاب مرارہ کے ہوتے ہیں اور ان کے ساتھ ساتھ جو التهاب مرارہ ہوتا ہے اس کے پیدا کردہ سوء ہضم کو عموماً سنگ صفراء کا سوء ہضم (gall stone dyspepsia) کہتے ہیں۔ بعض اوقات سنگھائے صفراء دیوار شکم

407

میں سے محسوس کئے جاسکتے ہیں اور انہیں ہاتھ لگانے سے پیچنے کا احساس ہوتا ہے۔ تو لچ صفراء کی حملہ میں مریض کو اکثر ناگہانی طور پر دائیں مرق اور سینہ کے زیریں حصے میں یا شراسیف اور زیریں قصبے میں سخت درد محسوس ہونے لگتا ہے اور یہ عموماً دائیں شانے تک تشعع ہوتا ہے۔ یہ درد اکثر اس قدر شدید ہوتا ہے کہ مریض اکثر دوہرا ہو جاتا ہے یا فرش یا بستر پر چیخ و تاب کھائے لگتا ہے مگر یہ کہ قشریہ ہو اور مریض کا رنگ شاحب ہو جاتا ہے وہ مہبوط ہوتا ہے اور ساتھ ہی بکثرت پسینہ آکر نبض صغیر، ضعیف اور عموماً سریع ہو جاتی ہے۔ کچھ عرصہ کے بعد درد دیمیما اور مستمر ہو جاتا ہے، یہاں تک کہ ایک زیادہ حادثہ قسم کا تازہ حملہ ہو۔ یا در و جاری رہتا ہے اور اس کے آغاز کے چند لمحوں یا ایک یا دو دن بعد پیشاب میں صبنہ صفراء نمودار ہوتا ہے اور مریض یرقانی ہو جاتا ہے۔ مگر یہ کہ اس کا خاتمہ اس طرح ہو کہ سنگ اثناعشری کے اندر چلا جائے اور ایسی صورت میں صفراء کا سیلان پھر آزادی کے ساتھ ہونے لگتا ہے، درد رفع ہو جاتا ہے اور یرقان بھی زیادہ تدریجی طور پر صاف ہو جاتا ہے۔ جب ایسا ہو تو سنگ صفراء کو برا میں تلاش کرنا چاہئے، جو اس وقت ملتا ہے جب کہ براز کو پانی میں دھو کر اس دھوون کو ایک چھلنی میں چھانا جائے۔ جب سنگ مشرک قنات میں مغروز ہو جائے تو علامات اختلاف پذیر ہوتے ہیں، لیکن سب سے زیادہ مثیلی علامت ”چارکاس“ متوالی تو لچ قشریہ یرقان اور نقصان وزن ہے۔ چونکہ سنگھائے صفراء کے ساتھ

بالعموم التهاب مرارہ (ملاحظہ ہو) متلازم ہوتا ہے لہذا اس کے متناظر علامات بھی موجود ہوتے ہیں۔  
**تشخیص**۔ قولنج صفرای کا درد متحدہ، معوی قولنج، کلوی قولنج وغیرہ کے ساتھ غلط ملط ہو جانا ممکن ہے۔ لیکن سنگھماے صفرای کے گذر کے ساتھ درد ہمیشہ نہیں ہوتا اور ممکن ہے کہ اس علامت کی غیر موجودگی کے سبب سے ان اصابتوں کے سمجھنے میں غلط فہمی ہو جائے جن میں انفرار کے ساتھ یرقان ہوتا ہے۔ مشترک قنات کے تسد سے پیدا شدہ یرقان کی اصابتوں میں اگر مرارہ محسوس نہ کیا جاسکے تو تسد و سنگھماے صفرای کے باعث ہے۔ اگر ایک ڈمیلا موجود ہو تو تسد وغالباً کسی دوسرے سبب سے ہے۔  
 جو عموماً ایک بالید ہوتی ہے (قانون کوروواٹز میئر = Courvoisier's law)۔  
 مزاولت میں یہ تقریباً ۹۰ فی صدی اصابتوں میں صحیح ہوتا ہے۔ سنگھماے صفرای لا شعاعوں کے سدراہ ہونے میں اور اس طرح اپنے سایہ سے اپنی موجودگی ظاہر کرنے میں بڑی حد تک اختلاف ظاہر کرتے ہیں۔ خالص کالیسٹرین کے سنگھماے صفرای لا شعاعوں کے لئے شفاف ہوتے ہیں اور ایک منفی سایہ پیدا کرتے ہیں یعنی مرارہ نگاشت میں ایک صاف رقبہ (صفحہ ۳۲ ج)۔ بائلی روبین اور کیلیئم کے لمحات موجود ہوتے ہیں تو وہ لا شعاعوں کے گذر میں سدراہ ہوتے ہیں (صفحہ ۳۱)۔ ایک نہایت متمیز منظر گول عمتت ہے جس کا مرکز غیر شفاف ہوتا ہے اور اس مرکز کو ایک صاف تر تہ محصور کرتی ہے۔ اثنا عشری میں انوبہ کے داخل (duodenal intubation) سے کام لینا چاہئے۔

**انذار**۔ قولنج کے پہلے حملے میں انذار کا ناموافق ہونا ضروری نہیں بہت اشخاص متعدد حملوں کے بعد شفا یاب ہو جاتے ہیں۔ لیکن سرطان ہو جانے کے امکان کو فراموش نہ کرنا چاہئے۔

**علاج**۔ التهاب مرارہ کا علاج ملاحظہ کرنا چاہئے۔

قولنج صفرای کے حملہ کے لئے مریض کو گرم مغل میں رکھنا چاہئے، یا گرم تکیدات اور پولٹیس دائیں جانب پر لگانی چاہئیں۔ سب سے زیادہ آرام مارفیا کے  $\frac{1}{4}$  یا  $\frac{1}{2}$  گرم گریں کے تحت المجد اشراب سے حاصل ہوگا جسے ضرورت ہو تو تین یا چار گھنٹوں میں مکرر دینا چاہئے۔ بعض اوقات کلوروفارم کے استنشاق سے عارضی



الف۔ شعاع نکاشت انتہائی وضع میں تاکہ مشقہٴ بعضی قرحہ کی اصات میں بچا اور دائیں ڈایا فرام کے درمیان کیس کی  
موجودگی دکھائی جائے۔ (لیوس ہم کے شفاخانہ میں لی کئی میٹرکیل سپر فٹنڈٹ ڈاکٹر بیج۔ ناکولڈس)



ب۔ مرادہ بخاری۔ کولسٹرال کے سگوں کے قریب "منفی" سایے (شعاع نکاشت مسٹر لنڈ سے لاک، نہ لی ہے)

آرام ہو سکتا ہے۔ پیپاوریٹ ہائڈروکلورائڈ (papaverine hydrochloride) اسے تناہیہ اگر دین، بھی براہ دہن آزمانی جائے۔

جب سنگھائے صفراء مسلسل تکلیف کا باعث ہوں، یا جب پیمپیدگیوں کا خطرہ ہو تو مرارہ برآری (cholecystectomy) کا عمل کر کے سنگ یا سنگھائے صفراء کو مرارے یا قناتوں سے نکال لینا چاہئے۔ ممکن ہے کہ مرارے کا انحصار کروینا مناسب ہو۔

## تقیقی التهاب قنات باصفرا

(suppurative cholangitis)

یہ ہمیشہ خرد عضویوں، مثلاً نبتات سجمیہ، نبتات صنبیہ، نبتات رگور، عصبیہ محرقہ، اور عصبیہ قولونی معمولی کی سرایت کے باعث پیدا ہو جاتا ہے۔ اور تقائی مرض جیسے کہ سنگھائے صفراء سے (جو اس کا عام ترین سبب ہے)، سرطان سے، کیستی دویرے کے قناتوں کے اندر پھٹ جانے سے، یا انفلونزا، ذات الریہ، تب محرقہ اور ہیضہ کی زیادہ عمومی سرایتوں سے پیدا ہو جاتا ہے۔ سائے جگر کی صفرادی قناتوں کا ورم اور وبا زت پیدا ہو جاتی ہے اور جگر بڑا ہو جاتا ہے۔ یہ قناتیں تسع ہو جاتی ہیں، تقیق کے کثیر التعداد مرکز پیدا ہو جاتے ہیں جو چھوٹے یا بڑے پھوڑے بنادیتے ہیں۔ ممکن ہے کہ یہ التهاب بنقراسی قنات تک پھیل کر تقیقی التهاب بنقراسل پیدا کر دے یا سطح کے قریب کے پھوڑے مقامی یا عمومی التهاب باریطون پیدا کر دیں۔ کبھی کبھی سرایت ایسی پھیلتی ہے کہ عمومی نتیجہ الدم یا ساری التهاب درون قلبیہ (infective endocarditis) پیدا کر دیتی ہے۔

علامات یہ ہوتے ہیں:۔ جگر پر درد اور الیمیت، عدم اشتہا، متلی تھے، قشریہ، تب، جو طیر یا کی طرح وقفہ دار ہو سکتی ہے، انبطاح، اور اکشر یرقان۔ اس حالت کو بعض اوقات متوقف کبدی تب کہتے ہیں۔ عموماً مرض کی ترقی کے ساتھ جگر کی جسامت بڑھ جاتی ہے۔ ممکن ہے کہ طحال بڑھ جائے۔ مرض کی مدت چند ہفتوں سے لے کر کئی ماہ تک ہوتی ہے، اور یہ مرض مہلک ہوتا ہے۔

تشخیص - ملاحظہ ہو تیحی التہاب وریڈ الباب -  
 علاج - یہ صرف جراحی ہو سکتا ہے - جہاں ممکن ہو ماریے کو کھول کر دیا  
 جو قاتل میں لے سکیں ان کو کھول کر قاتل ماریے صفر کی تسلیل کرنی چاہئے -

## بنقراس کا امتحان

بنقراس میں دو مختلف طرز کے افرازی خلیات ہوتے ہیں :- (۱) عینی خلیے جو بنقراسی رس کا افراز کرتے ہیں اور (۲) جزائری لنگوہائس کے خلیے جو ایک ہارمون کا افراز کرتے ہیں جو کاربوہائیڈریٹ کے تحول کے لئے ضروری ہوتا ہے - یہ دونوں اقسام الگ الگ بنڈائے مرض ہو سکتے ہیں -  
 تازہ مشاہدات سے ظاہر ہوا ہے کہ تندرست ہضم کے دوران میں صفر اور بنقراسی رس کے درمیان حسب ذیل تعلق ہے :- غذائی سکون کے زمانہ کے دوران میں جگر مسلسل صفر کا افراز کرتا ہے جو ماریے کے اندر مذخور کر لیا جاتا ہے - کھانے کے بعد معدے کے بوابی عضلہ عاصروہ سے انقباض کی امواج دوویہ نیچے آنت کے طرف جاتی ہیں - انقباض کی ہر موج سے پہلے ایک منفی موج (negative wave of relaxation) واقع ہوتی ہے، چنانچہ آڈی (Oddi) کے مری عضلہ عاصروہ کی راہ سے کچھ صفر خارج ہو جاتا ہے - یہ صفر معدے سے آئے ہوئے مافیہ کے ساتھ مخلوط ہو جاتا ہے، اور وہ اسے ایک ایسا کافی تعامل دے دیتے ہیں کہ معائی غشائے مخاطی میں سے لمحات صفر کا انجذاب یقینی ہو جاتا ہے - یہ لمحات صفر خلیات میں سے ہو کر گزرنے میں ان کے اندر کی سابق التکوین سیکریٹین (secretin) کو جذب کر کے باقی خون کے اندر چلے جاتے ہیں - یہ سیکریٹین لبلبہ سے افراز پیدا کرتی ہے اور آزاد شدہ صفر اوی طبع جگر میں منتقل ہو جاتا ہے، جس سے صفر کی ایک مزید مقدار کا افراز پیدا ہوتا ہے - سیکریٹین مزید برآں ماریے کو ایک ویریا انقباض کی حالت میں لے آتی ہے، لہذا اثنا عشری میں اور زیادہ صفر داخل ہوتا ہے -



سکریٹین کا پیدا کردہ بنقراسی افراز صبح  $pH$  کا سوڈیم بائی کاربونیٹ کا ایک مرقق محلول ہوتا ہے، جو سابق السکون خیمروں کو دھو ڈالتا ہے۔ خیمروں کی پیدائش کے لئے مختلف ہیجان کی ضرورت ہوتی ہے۔ اثنا عشری کے اندر ٹریپسوجن کی فعال شدگی اینٹروکائینس (enterokinase) سپید خلیوں جراثیم وغیرہ سے ہوتی ہے (86)۔

## بنقراس کے وظیفی کاشفات

بنقراس کے بیشتر وظیفی کاشفات کے ذریعہ یہ دریافت کیا جاتا ہے کہ آیا (۱) عینی خلیات سے خارج ہونے والے بیرونی افراز کی قلت ہے، یا (ب) جزائر سے نکلنے والے اندرونی افراز کی قلت ہے۔ تاہم لیوی کا موسع حد قہ کاشفہ (Loewi's mydriatic test) (جو صرف چند اصابتوں میں مثبت ہوتا ہے) اور جھولی گاٹر کی بعض اصابتوں میں بھی مثبت ہوتا ہے) بنقراس اور مشار کی نظام کے کسی باہمی وظیفی تعلق پر منحصر ہوتا ہے۔ یہ دیکھنے کے لئے کہ آیا حد قہ چشم مساوی ہیں اور معمولی تعامل کرتی ہیں آنکھوں کا امتحان کیا جاتا ہے۔ ایک آنکھ کے اندر ایڈرینن (adrenin) (۱...۱ میں ۱) کا محلول ٹپکا کر اس آنکھ کو بند کر دیا جاتا ہے۔ یہ پانچ منٹ کے اندر دوبار مکرر کیا جاتا ہے۔ ایک گھنٹے تک آنکھوں سے کام نہیں لیا جاتا۔ اگر اس عرصہ میں ایڈرینن یافتہ آنکھ کی پتلی دوسری آنکھ (جس سے معیار کے طور پر کام لیا جاتا ہے) کی پتلی کی بہ نسبت بڑی ہو گئی ہے تو یہ امتحان مثبت ہے اور بنقراسی مرض ظاہر کرتا ہے۔

بیرونی افراز کی قلت - شحم برازی (steatorrhea) کو اب تک

بنقراسی مرض کی ایک ممتاز ترین امارت سمجھا جاتا ہے اور وہ یہ ہے۔ براز کے اندر مائع شحم خارج ہوتی ہے، جو سرد ہونے پر منجد ہو کر سپید یا زرد وٹھیلے بنا دیتی ہے۔ پانچانے مقدار میں زیادہ، نرم یا شاحب ہوتے ہیں۔ اور ان میں غیر تبدیل شدہ چربی کے علاوہ شحمی ترشے اور صابن موجود ہو سکتے ہیں۔ جہاں خالی آنکھ سے پانچانے مرصحا تبدیل شدہ نظر نہ آئیں مگر ہے کہ خردین سے ان میں کثیر التعداد شمعی گلولے

اور شحمی ترشوں کی قلیس فطر آئیں۔ کیمیائی طور پر شحم برازی کے درجہ کی تخمین کرنے کے لئے: صرف براز کے اندر کی چربی کا معلوم کرنا بلکہ غذا میں لی ہوئی چربی کا دریافت کرنا بھی اہم اور ضروری ہے۔ شدید اصابتوں میں ۵ تا ۶ فی صدی شحمی در آمد برازی میں ضائع ہو جاتی ہے۔ طبعی شحمی نقصان صرف تقریباً ۱ فی صدی ہوتا ہے۔ اور شحم خشک کردہ براز کا  $\frac{1}{10}$  سے زیادہ حصہ میں ہوئی اور اس میں سے  $\frac{1}{10}$  سے زیادہ حصہ گلے میں اور شحمی ترشہ میں مشقوق نہیں ہوتی۔

اس امر میں کہ شحم برازی عموماً بنقراسی الاصل ہوتی ہے شبہ کرنے کیلئے دو وجوہ ہیں :- (۱) وہ نہایت عام طور پر اس وقت ناقص انجذاب سے پیدا ہو جاتی ہے جب کہ شکمی تدرن یا بالید سے لبنیات متدد ہو گئے ہوں۔ ان اصابتوں میں پاخانے میں کی چربی بڑی حد تک مشقوق ہوتی ہے۔ (۲) اس امر کی شہادت پیش ہو رہی ہے کہ انجذاب شحم کے لئے بنقراسی رس اتنا اہم عامل نہیں کہ جتنا معاد میں صفر کی موجودگی۔ نئی الحقیقت بنقراسی قناتوں کی تجربی بندش یا استیصال سے اس انجذاب پر اثر پڑنا نہیں معلوم ہوتا (74)۔ پیدائشی شحم برازی بھی بیان کی گئی ہے اور اسہال، شکمی مرض (coeliac disease) اور معدی قولونی ناسور میں پاخانے میں چربی زیادہ ہو جاتی ہے اور پاخانے بڑی جسامت کے ہوتے ہیں۔

لحم برازی (creatorrhœa) ٹریپ سین (trypsin) کی غیر موجودگی کے سبب سے ہوتی ہے۔ غیر منہضمہ مخطط عضلہ کے کثیر التعداد ریشے جو غذا میں کھائے ہوئے گوشت سے حاصل ہوتے ہیں، خرد بین سے پاخانے کے اندر دیکھنے میں آتے ہیں۔ دافر اسہال میں بھی لحم برازی ہو جاتی ہے، چنانچہ اس منالطہ کو رفع کرنے کے لئے لحمی غذا کے ساتھ چار کول یعنی کوئلہ لیا جاتا ہے اور سیاہ پاخانے کا امتحان صرف اسی صورت میں کیا جاتا ہے جب کہ وہ ادخال غذا کے بعد اٹھارہ تا بیس گھنٹوں کے درمیان خارج ہو (87)۔

بول میں ڈایاسٹیس (diastase)۔ یہ امتحان چوبیس گھنٹے کے بول کے نمونہ پر کیا جاتا ہے۔ صحیح نتائج حاصل کرنے کے لئے سب سے پہلے یہ ضروری

ہے کہ بول کی تعمیر  $\frac{N}{10}$  سوڈیم ہائڈریٹ یا ہائڈروکلورک ایسڈ کے ساتھ کریں یہاں تک کہ ترشگی درجہ انساب کی ہو جائے، یعنی بول کا pH ۶.۵ ہو۔ یہ حالت اس وقت ہوتی ہے جب کہ بول میں فینال ریڈ (phenol red) کو بطور ایک منظرہار کے ملانے سے ایک خفیف سی گلابی جھلک پیدا ہو جاتی ہے (92)۔ اس بول کے ۰.۰۶، ۰.۰۴، ۰.۰۲ اور ۰.۰۱ سی سی چار ٹمکیوں میں رکھ کر ان میں طبعی مائع (۰.۰۹ فی صدی) ملا کر ہر ایک کو ایک سی سی کر دیا جاتا ہے۔ بول کو طبعی مائع سے دس گنا مرقق کر کے پھر یہی طریقہ اختیار کیا جاتا ہے اور آٹھ ٹمکیوں میں ایسی طاقتوں کا بول ہو جاتا ہے جو ۰.۰۱، ۰.۰۲، ۰.۰۳، ۰.۰۴، ۰.۰۵، ۰.۰۶، ۰.۰۷، ۰.۰۸، ۰.۰۹، ۰.۱، ۰.۲، ۰.۳، ۰.۴، ۰.۵، ۰.۶، ۰.۷، ۰.۸، ۰.۹، ۱.۰ سے متناظر ہوتی ہیں۔ پھر ہر ٹمکی میں ۱.۰ فی صدی حل پذیر نشاستہ کے ۲ سی سی ملا دئے جاتے ہیں۔ پھر ان ٹمکیوں کو نصف گھنٹے کے لئے ۳۹ درجہ سینٹی گریڈ پر مختص کر لیا جاتا ہے۔ ٹھنڈا ہونے کے بعد ان ٹمکیوں میں سلسلہ وار ۱.۰، ۲.۰، ۳.۰، ۴.۰، ۵.۰، ۶.۰، ۷.۰، ۸.۰، ۹.۰ کی ٹمکی سے شروع کر کے  $\frac{N}{50}$  آیوڈین قطرہ قطرہ کر کے ملا دیا جاتا ہے، یہاں تک کہ ان میں رنگ کا تغیر موقوف ہو جائے۔ ایسی سب سے پہلی ٹمکی کہ جس میں نیلارنگ نہیں نمودار ہوتا، بول کے اندر ڈایائیس کی مقدار ظاہر کرتی ہے، جو ۲ کو اس ٹمکی کی طاقت ہے تقسیم کرنے سے حاصل ہوتی ہے۔ مثلاً اگر ۰.۰۳ ٹمکی میں نیلارنگ نہ پایا جائے تو ڈایائیس کی مقدار ۳۳ اکائیاں ہوگی۔ ڈایائیس کی طبعی مقدار ۱.۰ اور ۰.۴ کے درمیان اختلاف پذیر ہوتی ہے۔ بنقراسی مرض میں بول کے اندر ڈایائیس کی مقدار یعنی ڈایائیس کا نمائندہ زیادہ ہو جاتی ہے۔ ممکن ہے کہ اس کا تعلق دراصل بنقراس کے اندر دینی افزائے ہو۔ کیج (Cambridge) یقین کرتا ہے کہ اس افزائے کی قلت، کبدی ڈایائیس کو خون کے اندر ہار کر کے بول میں اس کی مقدار کی زیادتی پیدا کر دیتی ہے۔

اندر دینی افزائے کی قلت۔ نمایاں اسباب میں یہ شکر بولیت پیدا کر دیتی ہے، اور نسبت کم نمایاں اسبابوں میں ممکن ہے کہ تحتل شکر میں کمی ہو جائے۔ اس کے جانچنے کا بہترین طریقہ یہ ہے کہ مریض کو ڈیکسٹروس کی ایک متعاد دے کر دمی شکر کی زیادتی کو دیکھا جائے، نیز یہ بھی کہ بول میں کوئی شکر خارج ہوئی ہو

یا نہیں (ملاحظہ ہو صفحہ 463)۔ کیمج، فارسیٹھ (Forsyth) اور ہاؤڈ (Howard) کی تازہ تحقیقات نہایت بڑی نظری دلچسپی رکھتی ہے، اور ممکن ہے کہ اس سے بنقراس کے اندرونی افراز کی قلت کو اس کے ابتدائی مدارج میں دریافت کرنے کے مستحکم ذرائع حاصل ہو جائیں۔ ان کا خیال ہے کہ جگر میں ایک نشاپاشش خمیر موجود ہوتا ہے جو کلاںکو جن کو توڑتا ہے اور ڈیکسٹریں (dextrin) جیسے اجسام کے ایک درجہ میں گزرتا ہوا ڈیکسٹروس بنادیتا ہے۔ طبعی حالت میں بنقراس کا اندرونی افراز اس خمیر کی فعالیت کو روکے رکھتا ہے۔ اگر بنقراس کا اندرونی افراز کم ہے تو سب سے پہلے یہ ہوتا ہے کہ خون اور بول میں (کہ جس میں یہ ڈیکسٹروز خارج ہوتے ہیں) ان ڈیکسٹریں کی زیادتی ہو جاتی ہے، لیکن دموی شکر تقریباً اپنے طبعی لیول پر رہتی ہے۔ اس کے ایک نسبتاً بعد کے درجے میں یہ ڈیکسٹریں پورے طور پر ٹوٹ کر ڈیکسٹروس بن جاتے ہیں، چنانچہ اب بیش شکر دمویت اور شکر بولیت پیدا ہو جاتی ہے، اور خون اور بول میں سے ڈیکسٹریں غائب ہو جاتے ہیں۔ یہی آخری حالت دیا بیٹیس شکر میں پائی جاتی ہے۔ خون کے اندر ڈیکسٹریں کی مقدار کی پیمائش کرنے کے لئے ہائڈروکلورک ایسڈ کے ذریعہ ان کی آب پاشیدگی عمل میں لائی گئی جس سے وہ ڈیکسٹروس میں متغیر ہو گئے۔ پھر مجموعی ڈیکسٹروس کی تخمین کی گئی۔ اس مقدار میں اور ڈیکسٹروس کی اس مقدار میں کہ جو ابتدائی خون کے اندر آب پاشیدگی سے پہلے موجود تھی، جو قدر فرق ہے، اس سے ڈیکسٹروس کی وہ مقدار حاصل ہوتی ہے جو ڈیکسٹریں کی وجہ سے تھا۔ بول کے لئے بھی یہی طریقہ استعمال کیا جاسکتا ہے، یا وہ راست طریقہ کام میں لایا جاسکتا ہے جس میں آیوڈین استعمال کرنی پڑتی ہے۔ یہ تخمین اصلی تعامل کیمج کی بجائے ہیں جو کہ غیر معتبر ہے۔

# امراض بنقراس

## حاد التهاب بنقراس

(acute pancreatitis)

امراضیات - تجربی اور سریری مشاہدات ظاہر کرتے ہیں کہ حاد التهاب بنقراس امصابوں کی اکثریت میں اولاً جراثیمی سرایت کے باعث ہوتا ہے، جو ٹریپسینوجن (trypsinogen) کو ٹریپسین (trypsin) میں متغیر کر کے بنقراسی رس کو فعال بنا دیتی ہے۔ مرضی غدے کے حمیزہ مناظر، فعال بنقراسی رس سے اس کے ہضم ہو جانے کے باعث ہوتے ہیں۔ قریبی سے حاد التهاب بنقراس کی استعداد پیدا ہو جاتی ہے، اور یہ حملے بار بار ہو کر بالآخر ایک آخری حادثہ میں منتہی ہو سکتے ہیں۔ یہ التهاب عموماً سنگھٹائے صفرا یا التهاب مرارہ کے ساتھ ملازم ہوتا ہے۔ لیکن حاد التهاب بنقراس میں سنگ صفرا کا انتفاخ و آئیر میں مغرور پایا جانا بہت عام نہیں اور جب یہ حالت انفراز ہوتی ہے تو سنگ غالباً اتنا کافی بڑا ہوتا ہے کہ قنات ورسنگ (Wirsung's duct) کے مخرج کو مسدود کرتا اور صفرا کو اوپر بنقراس کے اندر جانے سے روک دیتا ہے۔ تاہم یہ ممکن ہے کہ چھوٹے سنگ انتفاخ کے مقام پر مغرور ہو کر بنقراسی قنات میں وقفہ وار رکود پیدا کر دیں، اور مستلزم سرایت جو صفراوی قناتوں سے پھیلتی ہے حملہ کو شروع کر دیتی ہے۔ تولج صفراوی کے متواتر خفیف حملوں کی روند کا حاصل ہونا بالکل عام ہے، جو اس مفروضہ کے ساتھ مطابقت کرتا ہے۔ حاد التهاب بنقراس سرایت کے دوسرے متصلہ مرکروں سے شروع ہو سکتا ہے، جیسے کہ اثنا عشری قوسہ اور التهاب قنات ہائے صفرا سے، اور بعض اوقات وہ ایسے ساری امراض جیسے کہ تپ محرقہ، تقيج الدم اور عفونت الدم نیز نکاف (mumps) میں واقع ہو جاتا ہے۔ بنقراس اور غدہ ریقہ کی باہمی مشابہت ساخت کی وجہ سے آخر الذکر حالت دلچسپی سے

خالی نہیں۔

حاد نوزنی التهاب بنقراس (acute haemorrhagic pancreatitis)

میں بنقراس متورم اور خستہ ہو جاتا ہے اور اس میں سرخ یا بھورے سے لے کر سیاہ تک نقطہ ہوتا ہے اور ساتھ ہی سطح پر اور زخنی بابت میں نزفات ہوتے ہیں۔ ممکن ہے کہ خون بذریعہ وعابداری متصلہ ساختوں میں چلا جائے، یا کہ ہفتہ باریطونی کے اندر خون آلود سیال موجود ہو۔ خروءین سے بنقراس کی سختی بابت تخنزی پائی جاتی ہے، اور اس کے ساتھ عموماً التهاب بھی ہوتا ہے، جیسا کہ کثیر الاشکال نواتی خلیوں کی درریش سے ظاہر ہوتا ہے۔ یہ غالباً بنقراسی رس سے انہضام ہونے کے بعد ثانوی طور پر ہوتا ہے۔ شعبہی تخنر ہمیشہ ایک نمایاں مظہر ہوتا ہے۔ بنقراس میں اور متصلہ تحت الباریطونی شحم میں بعض اوقات گرد کھوی واسطی اور گرد قلبی شحم میں بلکہ تحت الجلدی شحم تک میں ماند زرد یا غیر شفاف سپید رنگ کے چھوٹے چھوٹے تودے ہوتے ہیں جو مستقلہ تدرست چربی سے واضح طور پر متفرق اور بعض اوقات ایک تنگ نوزنی منطقہ سے گھرے ہوئے ہوتے ہیں۔ یہ خارج شدہ بنقراسی افزاز کے شحم پاشش خمیر (لائپیس = lipase) کے اس عمل سے پیدا ہو جاتے ہیں جو وہ چربی پر کرتا ہے۔ رہا شدہ شحمی ٹرٹے کیلیم کے اساس کے ساتھ شریک ہو جاتے ہیں اور گلیسرین جذب ہو جاتی ہے۔

ایک نسبتہ بعد کے درجے میں، یا اگر یہ عمل زیادہ مزمن ہے تو تقریباً التهاب بنقراس (suppurative pancreatitis) واقع ہو جاتا ہے۔ بنقراس بڑا متورم اور پیپ سے درریختہ ہوتا ہے۔ یا اس میں جداجدا پھوڑے موجود ہوتے ہیں۔ ممکن ہے کہ ایک آدھ پھوڑا کہنہ باریطونی کے اندر یا معدے یا آنت کے اندر پھوٹ پڑے، بانی اور لمالی اور وہ کی علقیت اور سرایت بھی واقع ہو سکتی ہے اور ساتھ ہی جگر میں سروجی پھوڑا بھی ہو سکتا ہے۔ مختلف اصابتوں میں معمولی عصیہ قہ لونی اور ریم ساز عضویہ پائے جاتے ہیں۔ دونوں شکلوں میں ممکن ہے کہ سار التهاب باریطون سے بالآخر ہلاکت واقع ہو جائے۔

علامات۔ جب التهاب بنقراس نکاف کے دوران میں واقع ہوتا ہے تو

قئے اور شراسینی درد کے ساتھ شراسینی خطے میں درد اور الیمیت موجود ہوتی ہے۔  
نسبتہ زیادہ شدید نرفی التهاب بنقراس کی خصوصیت شکم کے بالائی حصے میں  
شدید بلکہ جاں گداز درد ہے، جو پھیل کر پشت تک پہنچتا ہے۔ وہ متوب ہضمی  
قرحہ کے درد کے نسبت زیادہ تکلیف دہ ہوتا ہے اور اکثر زاریا سے رفع نہیں ہوتا۔  
تاہم استواری عموماً زیادہ نہیں ہوتی، کیونکہ سیال کی دافع عفونت نوعیت کے  
باعث عموماً عمومی التهاب باریطون نہیں ہوتا۔ شاید پروٹین پاش اشیار کے  
انجذاب کی وجہ سے صدر جس کے ساتھ زراق ہوتا ہے، جلد ہی پیدا ہو جاتا ہے۔  
اکثر بظاہر تندرستی کی حالت کے دوران میں علامات بالکل یکایک پیدا ہو جاتے  
ہیں۔ بعض اوقات چند گھنٹوں کے بعد شکم کے بالائی حصے میں ایک محدود المقام  
الیم ودم نمودار ہو جاتا ہے، لیکن تشخیص کے مشکلات ایسے ہیں کہ اکثر غلطی سے اس  
حالت کو صوی قسدو (intestinal obstruction) سمجھ کر اس کے ازالہ کی غرض  
سے شکم جاک کر دیا گیا ہے۔ یہ اساتیں عموماً چار یا پانچ دنوں کے اندر مہلک ثابت  
ہوتی ہیں، لیکن بعض ایسی بھی ہیں جو شکم شکافی کے بعد شفا یاب ہو گئیں۔ تقیسی  
التهاب بنقراس کے علامات بھی اس کے مماثل، لیکن نسبتہ کم نمایاں اور کم حاد  
ہوتے ہیں، اور ممکن ہے کہ مرضی حالت کئی مہینوں تک جاری رہے۔ سلعہ صرف  
مریضوں کی ایک چوتھائی میں محسوس ہوتا ہے، اور یہ تاجہ باریطونی صغیر میں سیال کے  
اجتماع کے باعث ہوتا ہے۔ اکثر ایسے علامات کا اندراج نہیں ہوا ہے جو بنقراسی ٹیلوں  
کے فضل سے متوب کی جا سکیں، لیکن اس کی وجہ شاید یہ ہو کہ ان کی تلاش ہی نہیں  
کی گئی۔ شکر بولیت اور بولی ڈایا سیس کی زیادتی سے تشخیص میں تیزی ادا دلے گی۔  
بعض اوقات یرقان موجود ہوتا ہے۔

**علاج۔** اگر علامات ضروری التوجہ ہوں تو شکم شکافی کا عملیہ فوراً انجام  
دینا چاہیے۔ ممکن ہے کہ دریافت شدہ حالت مقامی تدابیر کی متقاضی ہو۔ مثلاً  
ایک نرفی ضرر کی حالت میں بنقراس میں شکاف دے کر، اور نرف کو بندش  
کے ذریعہ روک کر تسکین قائم کر دی گئی۔ تقیسی التهاب بنقراس کی حالت میں پھوٹے  
میں شکاف دینا اور تسکین کرنا قطعاً ضروری امور ہیں۔ عملیہ کوئی بھی ہو اس میں مزارہ

اور مشترک قنات صفراء کا امتحان التهاب مرارہ اور سنگہائے مرارہ کے لئے کر کے مرارہ کی تسکین کر دینی چاہئے۔

## مزمن التهاب بنقراس

(chronic pancreatitis)

یہ زخنی بافت کو متاثر کر کے بہت لمبی بالیدگی پیدا کر دیتا ہے، جس سے نتیجہً غدی سانخوں کا ذبول پیدا ہو جاتا ہے، جو کہ بہت جگہ میں پائے جانے والے تغیرات سے مماثل ہوتا ہے۔ اور جیسا کہ اس مرض میں ہوتا ہے، ممکن ہے کہ مزمن التهاب بنقراس میں بھی لمبی جال عنیبات کے بڑے گروہوں کو محصور کرے (بین لختکی = interlobular) یا نسبت بہت زیادہ شاذ طور پر منفرد عنیبات کو محصور کرے (بین عنیبی = ioteracinar)۔ عموماً اس عضو کا مہر سب سے زیادہ مآؤف ہوتا ہے۔ جرم نہایت کشیف اور سخت ہو جاتا ہے، اور نسبتہً قلیل الوقع بین عنیبی شکل میں ممکن ہے کہ بہت کلائی واقع ہو جائے۔ مزمن التهاب بنقراس کی تسبیب بالکل وہی ہے جو کہ حاد التهاب بنقراس کی تسبیب ہے۔ وہ عموماً متصلہ التهابات جیسے کہ باریطون کے، قنات صفراء کے، معدے اور آنتوں کے التهاب، مثلاً التهاب زائدہ دودھ کے پھیلنے سے پیدا ہو جاتا ہے، جس سے ساری عضویے اوپر کو بنقراسی قنات میں منتقل ہو جاتے ہیں۔ نیز وہ بنقراسی قنات میں انجمادات کی موجودگی سے، یا محبوس بنقراسی افزادات کی موجودگی سے پیدا ہو جاتا ہے۔ یا سرطان سے قنات کے مضبوط ہو جانے سے یا مرض قلب سے وریدی استلاء ہو جانے سے پیدا ہو جاتا ہے، اور شاید آتشک سے اور الکحل کے ناجائز استعمال سے پیدا ہو جاتا ہے۔ نگہائے صفراء مزمن التهاب بنقراس کا ایک عام سبب ہیں بالخصوص اس وقت جب کہ ایک سنگ متفاح و آئیرین، یا مشترک قنات میں واقع ہو، یا جب ان کی موجودگی کا یہ نتیجہ ہو کہ تعیمی التهاب قنات ہائے صفراء پیدا ہو گیا ہو۔ قناتی تسد اور مرارت کی ان مثالوں میں سے بیشتر میں بین لختکی شکل کا مزمن التهاب پیدا ہو جاتا ہے۔ صلابت الشرائین (arterio-sclerosis) بھی



مزمن بنقراسی التهاب کا ایک سبب ہے، جو اس صورت میں عموماً بین عینی قسم کا ہوتا ہے۔

مرضی تشریح - بین لختی شکل میں بنقراس کثیف اور سخت ہو جاتا ہے، اس میں لینی بافت کے چوڑے بند لختوں اور مدفون رقبوں کے درمیان دوڑتے ہیں، ان رقبوں میں سے بعض تو منسلک غدی جرم کے ہوتے ہیں اور بعض خوب مصیون بافت کے۔ بالعموم جزائر لنگر باؤس غیر متاثر رہتے ہیں۔ بین عینی شکل میں غنیات مذبول ہو جاتے ہیں، اور جزائر لنگر باؤس اکثر اوقات لمفاسا خلیوں کی در ریزش سے اور صلابت سے ماؤف ہو جاتے ہیں۔

412

مزمن التهاب بنقراس کی یہ ہر دو سطحیں چربی کے بڑے جسام (شحم سلحیت = lipomatosis) سے چھپیدہ ہو سکتی ہیں، بالخصوص ان اشخاص میں جن کو فریبھی کی شکایت ہو۔

علامات - راقم الحروف کا ایک مریض ایک ۴۹ سالہ شخص تھا، جسے بالکل اثناعشری قرحے سے مشابہ علامات تھیں، اور ساتھ ہی اس کا معدہ چھوٹا اور مستحضر تھا، جو بہ سرعت خالی ہو جاتا تھا، لیکن نہ تو کلاہ کا تشوہ تھا اور نہ تھنی خون موجود تھا۔ مشتبہ سنگھائے صفرا کے لئے جراحی علیہ انجام دیا گیا، لیکن صفراوی خلیہ وغیرہ طبعی پائے گئے۔ دوسری اصابتوں میں کوئی علامات نہیں ہوئے، یا سوء ہضم کے مبہم سے علامات ہوتے ہیں، یا ممکن ہے کہ نحل کے ساتھ نمایاں بنقراسی قلت موجود ہو۔ مزید برآں ممکن ہے کہ بنقراس کا متورم سر مشترک صفراوی قنات کو جو اس کے اندر محصور ہوتی ہے مضبوط کر دے، اور اس طرح تسددی یرقان پیدا کر دے۔ اس کا نتیجہ اکثر یہ ہوتا ہے کہ علیہ کر دیا جاتا ہے، جس کے بعد ایک سخت بنقراس محسوس ہوتا ہے۔ تقریباً ایک ثلث اصابتوں میں یہ ڈھیلا التهاب بنقراس کی وجہ سے ہوتا ہے، اور دو ثلث اصابتوں میں بنقراس کے سر کے سرطان کے باعث۔

جہاں مزمن التهاب بنقراس کے باعث ذیابیطس شکاری پیدا ہو جاتا ہے، اوپائی (Opie) بیان کرتا ہے کہ یہ تقریباً بالکل بین عینی شکل سے پیدا

ہوتا ہے جس میں بالخصوص جزائر لنگر پانس متضرر ہوتے ہیں۔ مین تخت کی شکل سے ذیابیطس شکر کی صرف انتہائی اصابتوں میں اس وقت پیدا ہوتا ہے جب کہ اعطالی عمل ان جزائر تک پہنچ جاتا ہے جو کہ تختوں کے مرکز میں واقع ہیں۔

**علاج**۔ چونکہ بہت سی اصابتوں میں مزمن التهاب کو صفر ادوی اور بنقراسی قناتوں کی اور معدی معوی غشائے مخاطی کی اختلاالی حالتوں سے منسوب کیا جاسکتا ہے، لہذا ان اولی اختلالات کے علاج کے طرف سب سے پہلے توجہ کرنا چاہئے۔ اول الذکر حالت میں اکثر اخراج سنگ کے لئے جراحی عملیہ کی ضرورت ہوگی اور آخر الذکر حالت میں موزوں غذائی اور دوائی علاج کی ضرورت ہوگی۔ ایسی اصابتوں کا بھی اندراج ہوا ہے جن میں مرارے میں سے اطالت پذیر تسلسل کرنے سے علامات میں کامیابی کے ساتھ تخفیف حاصل ہو گئی ہے۔

## سنگ ہائے بنقراس

(pancreatic calculi)

ان کا وقوع اوسط عمر کے آدمیوں میں ممکن ہے۔ یہ ہرگز عام نہیں ہیں۔ یہ قناتوں کی نازلت سے اور افزائش میں تاخیر ہو جانے سے منسوب کئے جاسکتے ہیں اور کیلیم کاربونیٹ اور کیلیم فاسفیٹ پر اور بعض اوقات کیلیم آگزلیٹ پر مشتمل ہوتے ہیں۔ یہ ریتی کے ذروں جیسے یا اسنے بڑے کہ ہیسنڈل نٹ (hazel-nut) کے برابر اور عموماً گول یا بیضوی اور کبھی نامور یا شاخ دار ہو سکتے ہیں۔ رنگ میں یہ سپید یا زرد یا مائل سپید بعض اوقات بھورے یا تقریباً سیاہ ہوتے ہیں۔ بعض اوقات یہ قنات یا اس کی شاخوں کو مسدود کر دیتے ہیں اور قناتوں کا اتساع احتباسی دیر سے، حاد التهاب معہ تقيج یا مزمن تصلب کے، بلکہ گرد و پیش کے حصوں تک میں التهاب پیدا کر دیتے ہیں۔ یہ شاخو ہی علامات پیدا کرتے ہیں، لایہ کہ یہ علامات ان کے ثانوی اثرات سے پیدا ہو جائیں، مثلاً اس التهاب سے جو یہ پیدا کر دیتے ہیں، یا ڈویروں کے بننے سے، یا غدے کے ذبول یا کہبت کے پیدا ہو جانے سے۔

تشخیص، شاع نگاری کے ذریعہ اور سنگوں کے لئے پائٹانوں کا امتحان کر کے کی جاتی ہے۔ ان کو کبھی کبھی جراحی عملیہ کے ذریعہ سے نکالنے میں کامیابی ہوتی ہے، بیشتر اصابتوں میں قنات ورسنگ سے۔

## بنقراس کے نوامیے اور دُورے

سرطان (carcinoma) جو تقریباً ہمیشہ اولی ہوتا ہے، بنقراس کا اہم ترین سلعہ ہے۔ یہ اکثر غدے کے سر میں محدود ہوتا ہے۔ یہ ایک بے قاعدہ گریبی سخت سلعہ ہوتا ہے، جو ممکن ہے کہ اتنی کافی جسامت رکھتا ہو کہ موزوں حالات کے تحت اسے جدار شکم میں سے محوس کرنا ممکن ہو۔ جوں جوں یہ گریبیں جسامت میں بڑھتی جاتی ہیں بنقراسی قنات کے تسدو ہو جانے کا امکان ہوتا ہے، جس سے ایک دُورہ بن جاتا ہے۔ کبھی کبھی دباؤ سے یا مزمن التهاب کے پھیلنے سے مشترک صفراوی قنات تسدو ہو جاتی ہے، جس سے یرقان پیدا ہو جاتا ہے۔ وحقیقت ادھیڑ اور مسن اشخاص میں یرقان پیدا ہونے کا ایک عام سبب یہی ہے، دوسری اصابتوں میں ممکن ہے کہ سرطان معدے، اشاعشری، باریطون، فقر است، یا دوسری ساختوں کو بھی ماؤف کر دے۔ علامات مزمن التهاب بنقراس کے علامات سے مشابہ ہوتے ہیں، لیکن نخول عموماً نمایاں ہو جاتا ہے۔

بنقراسی دُورے (pancreatic cysts)۔ یہ بیشتر اوقات بنقراس

413

کی دم اور جسم میں نمویاب ہو جاتے ہیں۔ یہ قنات ورسنگ کے تسدو کی وجہ سے (جو سنگ سے پیدا ہو جائے، یا باہر سے دباؤ پڑنے کے باعث ہو) احتباسی دُورے ہو سکتے ہیں۔ دوسرے دُورے جرم غدہ کے اندر بنتے ہیں جو نزفی التهاب بنقراس کا نتیجہ ہوتے ہیں۔ متصلہ باریطون میں کاذب دُورے (pseudo-cysts) نمویاب ہو جاتے ہیں جس کی وجہ سیال کا انسکاب ہے، اس خراش اور بنقراسی رس کی ترقیق کے لئے جو ممال التهاب بنقراس کے باعث رہا ہوتا ہے۔

ایک کافی جسامت رکھنے والا دُورہ شکم کے بالائی حصے میں خط درمیانی

یا اُس کے ایک طرف ایک گلوبی نما رسولی بنا دیتا ہے۔ ممکن ہے کہ یہ قولون متعرض کے نیچے ابھر آئے اور ایک بیضی دُور سے سے مشابہ ہو، گو نیچے سے جس کرینے پر پیاو پر کے طرف دھکیلا جاسکتا ہو۔ یہ حد سے اور قولون متعرض کے درمیان یا جگر اور معدے کے درمیان آگے کی طرف بروز کر سکتا ہے۔ اس کے تعلقات کی تعیین لاشعاعوں سے (غیر شفاف غذا کے بعد) یا کھوکھلے احشا کے نفخ کے بعد قوع کے ذریعہ سے کی جاسکتی ہے۔ بنقراسی سلمہ اکثر گہرے شہیق کے دوران میں ساکن رہتا ہے، لیکن اگر وہ ڈایا فرام سے متما س ہے تو ممکن ہے کہ وہ ۱/۲ یا ۳/۴ انچ نیچے کے طرف حرکت کرے۔ اُس کے اندر کاسیال مکتز بھورے یا سبزی مائل رنگ کا قلعوی اور البیومینی ہوتا ہے اور اُس کی کثافت نوعی ۱۰ تا ۱۰۲۰ ہوتی ہے۔ اُس کے اندر متغیر شدہ دموی لون اور قلعہ بنقراسی خمیر موجود ہو سکتے ہیں۔ سہول اور بعض اوقات درد یا یرقان موجود ہوتا ہے۔ پیشاب میں بعض اوقات شکر موجود ہوتی ہے۔

وہ اور ام جن کا اس کے ساتھ خلط ملط ہو جانا بہت ممکن ہے، یہ ہیں۔ دوسرے کسی عضو کا کیستی دُور سے استقار الکلیہ (hydronephrosis) محذوراتم التهاب باریطون اور بیضی مرض۔ اگر وہ زیادہ تر بائیں طرف ہے اور شہیق سے حرکت کرتا ہے تو وہ ایک لچالی یا قلعوی سلمہ سے مشابہ ہو سکتا ہے۔ امتصاص کے ذریعہ سے حاصل شدہ سیال کی نوعیت سے امداد حاصل ہونی چاہئے۔ بنقراس کے پیدا نشی دُور سے اور کیستی دُور سے شاف ہی ہو کر تھے ہیں۔

**علاج۔** بنقراسی دُوروں کا علاج اکثر شکاف اور تسخیل سے کامیابی کے ساتھ کیا گیا ہے۔ دوسرے سلعات کے تدارک میں نسبت کم آسانی ہوتی ہے، اور ان کا علاج یہی ہونا چاہئے کہ علامات میں تخفیف حاصل ہو جائے۔ اگر سلمہ کا استیصال ناممکن ہو تو مزارہ شکافی اور مراری معوی تغیر سے کچھ آرام حاصل کیا جاسکتا ہے۔

# امراض باریطون

## حاد التهاب باریطون

(acute peritonitis)

بحث اسباب - حاد التهاب باریطون معمولاً خون سرایت سے ہو سکتا ہے، یعنی بنی ریوی التهاب باریطون اور نہایت شاذ صورتوں میں بنی سچی التهاب باریطون اکثر الوقوع سبب شکمی انتشار کا کوئی ضرر ہوتا ہے جیسے کہ مشقوب، مضی قرص، لٹافنی کے مشقوب محرقی یا تدرنی قروح، اور قولون کے زحیری قروح، اعوری زائدہ کا التهاب اور اغشاء، جگر کے پھوٹے، مرارے کا قتیق، حاد معوی تسد و معدہ تخنیق کے، طحال کا انعام اور خراج، وہ کثیر التعداد التهابی ضررات جو عورتوں کے حوضی اعضا کو موقوف کرنے کا رجحان رکھتے ہیں، یعنی التهاب الرحم (metritis)، التهاب نزد رحمہ (parametritis)، التهاب مبض، التهاب انبوبہ فلوی (salpingitis)، حوضی موی قیلہ (pelvic hæmatocele)، اور بعض اوقات وہ سرایت جو التهاب حوض الکلیہ (pyelonephritis)، گرد کلوئی التهاب (perinephritis)، خراج خصری (psoas abscess)، حاد ذات الجنب یا قتیق الصدر سے پھیل جاتی ہے۔ لیکن قتیق الصدر کا التهاب باریطون پیدا کرنا اتنا عام نہیں ہے کہ جتنا عام ایک باریطونی خراج کا قتیق الصدر پیدا کرنا۔ ان میں سے بہت سی اصابتوں میں کہفہ شکمی کے اندر مایعات جیسے کہ غذا، براز یا پیپ کے اخراج سے اور ان کے ساتھ ساری خرد عضویہ منتقل ہو جانے سے التهاب باریطون شروع ہو جاتا ہے۔ معدی اور معوی قروح کے انشقاب کی حالت میں اور التهاب زائدہ دودہ میں اور پھوڑوں کے پھٹ جانے میں ہی ہوتا ہے۔ دوسری اصابتوں میں التهاب مصلیٰ تک پھیل جاتا ہے، یعنی خرد عضویہ بافتوں کے اندر بلا کوئی بین انشقاق پیدا ہوئے داخل ہو جاتے ہیں۔

باریطون کے زخموں کے بعد خواہ یہ تضرر کی وجہ سے ہوں یا جراحی کا دروائی میں پیدا ہو جائیں، التهاب باریطون ہو جانے کا امکان ہوتا ہے۔ کبھی کبھی مرض برائے خواہ یہ حادثہ ہو یا مزمن، التهاب باریطون کا سبب معدّ ہو جاتا ہے۔

جراثیمیات - التهاب باریطون پیدا کرنے والے خرد عصفویے یہ ہوتے ہیں :- عموماً معمولی عصبیہ قولونی اس وقت ہوتا ہے جب کہ باریطون میں اسحار سے سرایت پہنچے جیسے کہ التهاب زائدہ دوویہ یا انتقاب معاریں یا جب صفر اوی راستوں سے سرایت پہنچے۔ نبتہ اسجیدہ اور نبتہ عنیبیہ التهاب باریطون میں اس وقت پائے جاتے ہیں جب کہ وہ حوضی اعضاء کے ضررات سے یا شگمی دیوڑوں سے ماخوذ ہو۔ نبتہ ریو یہ بھی ملتا ہے۔ اس کا باریطونی التهاب اولی ہو سکتا ہے یا ممکن ہے کہ وہ ذات الریہ کے ساتھ متلازم ہو، یا ممکن ہے کہ وہ نبتی ریوی عفونت الدم کا ایک جزو ہو۔ دوسرے جراثیم جو کمتر پائے جاتے ہیں یہ ہیں :-

عصبیہ محرقیہ (B. Typhosus)، عصبیہ ریم ازرق (B. pyocyaneus) گیس آفمیس لیکس عصبیہ (B. lactis aerogenes)، خرد نبتہ چارازا (Micrococcus

tetragenes) اور خرد نبتہ سوزاک - ایمیبا سے قولونی ایڈیائی زجیر میں یا باگیا ہے کبھی کبھی عصبیہ ذنبیہ و التهاب پیدا کرتی ہے لیکن بہت زیادہ عام طور پر وہ ایک مزمن کم کا التهاب پیدا کرتی ہے۔ مرضی تشریح - باریطون میں جو تغیرات پیدا ہو جاتے ہیں وہ ان تغیرات

سے مماثل ہیں جو التهاب پلیور کی حالت میں پلیورامیں واقع ہوتے ہیں۔ پہلے پتل عروقیّت کی زیادتی کی وجہ سے سرخی ہوتی ہے، اور اگر کبھہ شکم کا امتحان اس ابتدائی درجے میں کیا جائے تو عموماً دیکھنے میں آتا ہے کہ اسحار کی سرخی آنک کے طول میں اس مقام پر متوازی دھاریاں بنا دیتی ہے کہ جہاں تین باریطونی سطوحیں ملتی ہیں، یعنی آنت کے دو لچھے اور شکم کی اگلی دیوار یا آنت کے تین لچھے۔ اس مقام پر سب سے سری جگہ کے نسبت دباؤ کم ہوتا ہے، چنانچہ امتلا اور ارتشاح پہلے یہیں واقع ہوتے ہیں اور آنت کے برابر برابر ایک فضا بنا دیتے ہیں جو تراشش میں شامی جوتی ہے۔ یہ ارتشاح منجمد ہو کر ایک زرد پیڑی بنا جاتا ہے اور دیتا ہے جسے اکثر ملف کا غیر موزوں نام دیا جاتا ہے، لیکن خود اصل فائبرین اور سیدہ خلیوں پر

مشغل ہوتا ہے اور اس کے علاوہ ممکن ہے کہ ایک مختلف المقدار کنڈر سیال بھی موجود ہو۔ یہ ارتشاح نہایت سرعت کے ساتھ نمودار ہو جاتا ہے جیسا کہ بعض مریضی اصابتوں میں دیکھا جاتا ہے، جن میں اٹھارہ گھنٹوں سے بھی کم میں زرد لطف کی کچھ مقدار بن سکتی ہے۔ بعض نسبتہ کم شدید اور کم وسیع اصابتوں میں اس ارتشاح کی جگہ لیمفی بافت لے لیتی ہے (تعضید)۔ اور ان انفصامات سے جو اس طرح بن جاتے ہیں مختلف احشا باہم جڑ جاتے ہیں یا باریطونی کہفہ مطموس ہو جاتا ہے۔ دوسری اصابتوں میں سپید غلیظ کی مقدار زیادہ ہو جاتی ہے، یا وہ ابتدائی سے کثیر التعداد ہوتے ہیں، اور التهابی حاصلات تواتر رہی ہوتے ہیں۔ یہ اکثر بہ سرعت جھلک ثابت ہوتا ہے۔

حاد محدد والمقامر التهاب باریطون (acute circumscribed peritonitis) یا باریطونی خراج (peritoneal abscess) سرایت کے

محدد والمقامر ہو جانے سے پیدا ہو جاتا ہے۔ زائدی خراج (appendix abscess) باریطونی خراج کی عام ترین قسم ہے۔ باریطونی خراجات حوض، قطنی خلوں اور حرقعی خفروں میں ہوتے ہیں، یا ڈایا فرام کے نیچے (زیر ڈایا فرامی خراج = subphrenic abscess) جس پر آگے غور کیا گیا ہے۔ ممکن ہے کہ ان پھوڑوں کا باہر کے طرف منہ بن جائے یا وہ کھوکھلے احشا میں سے کسی ایک کے اندر کھل جائیں، یا سینہ کے اندر پھٹ کر ذوات الجنب یا ذوات الریہ پیدا کر دیں۔ بعض اوقات ایسا بھی ہوتا ہے کہ ایک قرص کے انقباض کے بعد معدے یا آنتوں کے ساتھ راست ربط موجود ہونے کے سبب سے باریطونی خراج میں ہوا موجود ہوتی ہے۔

علامات - حاد عمومی التهاب باریطون درد کے ساتھ

شروع ہوتا ہے، جو بیشتر نہایت شدید ہوتا ہے، اور اگر ابتداءً ایک مقام پر محدود ہو تو جلد ہی سارے شکم پر منتشر ہو جاتا ہے۔ یہ درمسل ہوتا ہے، لیکن ہر قسم کی حرکت کھانسنے، کانکھنے یا تھنے ہونے سے زیادہ ہو جاتا ہے۔ دبانے سے اس کو تسکین نہیں ہوتی، بلکہ اس کے برعکس سارے شکم پر نمایاں الیمیت موجود ہوتی

ہے۔ سانس لینے پر سانس کے سارے شکم میں حرکت ناپذیری ہوتی ہے، اور تنفس بالکل صمدی ہوتا ہے، اور جس کرنے پر استواری ہوتی ہے جو کبھی ڈھیلی نہیں پڑتی (یہ ایک نہایت اہم امارت ہے)۔ ٹانگیں اکثر پیٹ کی طرف کھینچی ہوئی ہوتی ہیں، تاکہ جدار شکم تنے نہ پائے، اور مریض ہر قسم کی حرکت سے احتراز کرتا ہے۔ نبض عموماً سریع، اور تپش مرقع ہوتی ہے۔ لیکن بعض اوقات تپش کم ہوتی ہے، گو نبض سریع ہوتی ہے، اور اسے سخت سرایت کی امارت سمجھنا چاہئے، کیونکہ شجہ نبض شدت مرض کی اس سے زیادہ اہم دلالت ہے کہ جتنی درجہ پیش ہے۔ قاعدہ ہے کہ قے جلد ہی شروع ہو جاتی ہے، اور بار بار ہوتی ہے، یا تو خود بخود یا غذا لینے کی کوششوں کے بعد قے میں پہلے معدی مافیہ اور بعد میں صفرا خالص ہوتا ہے، اور اس کے بعد قے تقریباً برازی نوعیت کی ہوتی ہے۔ بعض اوقات ابتداء میں قشریرہ ہوتا ہے، لیکن ہبوط ہمیشہ بہت زیادہ ہوتا ہے۔ بعد کے درجوں میں مریض پیٹھ کے بل لیٹا ہوتا ہے، اس کا چہرہ سکڑا ہوا ہوتا ہے، آنکھیں سیاہ ہو کر آن میں گڑھے پڑ جاتے ہیں، چہرے سے تشویش ظاہر ہوتی ہے، اور زبان خشک اور فرداز اور نبض سریع و صغیر ہوتی ہے۔ امعاء کے عضلی طبقہ کے شلل اور ان کے اندر گیس کے اجتماع کی وجہ سے شکم متمدد ہو جاتا ہے۔ اس کی سطح لگک دار ہوتی ہے، لیکن اگر زیادہ سیال منکب ہوا ہو تو ممکن ہے کہ پہلوؤں پر یا کبھی کبھی سارے شکم پر اصمیت پیدا ہو جائے۔ بچکی ایک ایسی علامت ہے جو اکثر ہوا کرتی ہے۔ قبض ہمیشہ ہوتا ہے، لیکن بعض اوقات ممکن ہے کہ ایک یا دو دنوں کے بعد ایک یا زائد بار پاخانہ ہو، یا ممکن ہے کہ اسہال شروع ہو جائیں۔ اور کبھی کبھی شروع ہی سے اسہال ہوتے ہیں۔ بول قلیل المقدار ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ وہ درد کے ساتھ خارج ہو، یا جمبوس ہو جائے۔

415

مشقوب ہضمی قرحہ کی اصابتوں میں ابتداء میں عمومی استواری شکم اور صدمہ ہوتا ہے، جس کے ساتھ چہرہ مشوش اور ازرق ہوتا ہے، جوارح ٹھنڈے اور غم ہوتے ہیں، تپش تحت الطبعی اور نبض سریع و ضعیف ہوتی ہے۔ بالآخر حاد الہتاپ باریطون کے متاخر امارات نمودار ہو جاتے ہیں۔ ممکن ہے کہ گیس



کہنہ باریطونی کے اندر خارج ہو کر وسیع گنگ، بلکہ مایع کے ساتھ آمیز ہو کر چھلکاؤ پیدا کر دے۔ باریطون کے اندر گیس کی وعادری کی شناخت بعض اوقات اس سے ہوتی ہے کہ گیس جگر کے سامنے جمع ہو کر طبعی کبدی اُصمیت کے بجائے گنگ پیدا کر دیتی ہے۔ لیکن یہ یاد رکھنا چاہئے کہ احشائے اندر سے کوئی گیس خارج ہونے بغیر بھی یہ ممکن ہے کہ ان احشائے زیادہ گیس کی تمدد سے جگر صدری دیوار کے تماس سے دور ہو جائے۔

تھے اور درد کی وجہ سے مریض بند پیچ خستہ ہو جاتا ہے، زبان نسبتاً زیادہ خشک اور بھوری ہو جاتی ہے، لبوں اور زبان پر وسخ جم جاتی ہے۔ نبض صغیر تر اور سر میں تر ہو جاتی ہے، پھیپھڑوں کے قاعدے مضبوط ہو جاتے ہیں، اور دوسرے چھ دنوں تک کی بیماری کے بعد موت واقع ہو جاتی ہے۔ لیکن ایسا ہر اسباب میں نہیں ہوتا کہ یہ تمام متمیز و مخصوص امارات ملیں۔ بعض اسباب میں بخار نہیں ہوتا، دوسری اسباب میں تمدد محض خفیف سا ہوتا ہے، کبھی کبھی مریض اپنی پشت کے بل منبسط پڑا رہنے کے بجائے سخت درد و کرب کی حالت میں تڑپتا رہے گا۔

نقی ریوی التهاب باریطون میں جو عموماً نقی ریوی عفونۃ الدم کے ایک جزو کے طور پر پیدا ہو جاتا ہے، درد اور الیمیت شکم اور اسہال ہوتے ہیں۔ ممکن ہے کہ استواری موجود ہو، مگر زیادہ اکثر دیوار شکم ڈھیلی ہوتی ہے۔ سبھی علامات زیادہ نمایاں ہوتے ہیں، جن کے ساتھ پیش بلند درجہ پر اور ہڈیاں ہوتا ہے، اور شرح تنفس زیادہ ہو جاتی ہے، اور ممکن ہے کہ شفوی نملہ موجود ہو یا نقی ریوی سرایت کا ظہور کسی دوسری جگہ پھیپھڑوں، جوڑوں، وغیرہ میں ہو۔ کچھ عرصہ کے بعد شکم کے ایک حصے میں پھوڑا بن جاتا ہے، اور یہ اس خاص خطے میں ایک درم نمودار ہونے سے ظاہر ہوتا ہے۔

حاد محل و دامقام التهاب باریطون میں عام علامات زیادہ تر مماثل ہوتے ہیں، لیکن مقامی حالات کم و بیش ماؤف حصے تک ہی محدود رہتے ہیں۔ اس کا عام ترین سبب التهاب زائدہ کی حالت میں انتقاب کا وقوع

ہے، اور پہلے بیان کیا گیا ہے۔

**تشخیص**۔ عموماً یہ مشکل نہیں ہوتی، شدید درد، الیمیت، قے، استواری، اور دوران تنفس میں شکم کی حرکت ناپذیری جس کے بعد تمدد کا ہونا اور قبض، نبض صغیر و سریع، اور مہبوط، یہ سب اہم خصائص ہیں۔ لیکن قولنج کے شدید درد، مشقوق انورسما، ماساریتی علقیت (mesenteric thrombosis) اور حاد نرزی التباب بنقراس بھی التباب باریطون کا اشتباہ پیدا کر دیتے ہیں۔ خود التہاب باریطون کو غلطی سے معوی تشدد سمجھا جاسکتا ہے۔ اور ممکن ہے کہ تب معویہ میں اور دیوارائے شکم پر جراحی عملیات، مثلاً فتق شنگانی (herniotomy) کے بعد التہاب باریطون شروع ہو جائے اور بغیر اس کے کہ اس کی موجودگی کا شبہ ہو بلاکت واقع ہو جائے۔ قولنج (colic) اور ہسٹیریا کی درد کو التہاب باریطون سے اس طرح تمیز کیا جاتا ہے کہ اول الذکر حالت یعنی قولنج میں شکم منقبض ہوتا ہے اور الیمیت نہیں ہوتی، بلکہ دبائے سے درد میں تخفیف معلوم ہوتی ہے اور آخر الذکر حالت یعنی ہسٹیریا کی درد میں خض ذرا ہی چھوئے اور بلادبائے انتہائی حاسیت موجود ہوتی ہے۔ بے محل حمل (ectopic gestation) کا اشتقاق درد اور مہبوط پیدا کرتا ہے اور ممکن ہے کہ اس کو غلطی سے معد قرح کا اشتباہ سمجھ لیا جائے۔ اس میں قے اور بے قاعدگی حیض کی مدد مل سکتی ہے۔ کثرت نزف کے باعث ہینٹوں کا رنگ سپید ہوتا ہے۔ شکم کی الیمیت اور دم ہوتا ہے اور بعض اوقات آذوائتال موجود ہوتا ہے مگر حقیقی استواری نہیں ہوتی، اور حوضی اور مستقیم امتحان سے ایک تناؤ وارڈھیلا پایا جاتا ہے۔ لیوشہام شفاخانے (Lewisham Hospital) میں مشقوب عضمی قرحے کی تشخیص کی تصدیق کا ایک مفید ذریعہ متعل ہے۔ استصابی وضع میں ایک لاشعانی فلم جس میں کہنہ باریطونی میں جگر اور دائیں ڈایا فرام کے درمیان ایک صاف رقبہ ہو آؤ گیس کی موجودگی ظاہر کرتی ہے (ملاحظہ ہو صفحہ ۳۲ الف)۔ بعض اوقات ذیابیطس کا ہلکا قوا، استصابی التہاب باریطون کا اشتباہ پیدا کر دیتا ہے۔ یہ قوا کبھی کبھی دفعۃً شروع ہو جاتا ہے، اور اس میں شدید درد شکم کے ساتھ نبض صغیر اور خبطی ہوتی ہے۔ ذیابیطس کی جوع الہواسے اور بول میں زیادہ ایسیٹو ایسڈک ایسڈ کی موجودگی اور شکمی استواری کی غیر موجودگی سے

تشخیص صاف ہو جانی چاہئے۔

416

جہاں تک کہ التهاب باریطون کی تفریقی تشخیص کا تعلق ہے، مابقی مہرگشت کے اندر سبب مرض کی جستجو کرنی چاہئے۔ جہاں شدید حادثہ التهاب باریطون ایسے شخص میں پیدا ہو جائے جو پہلے نندرست سمجھا گیا تھا، عورتی زائدہ کا تفریح، مشقوبہ معدی قرعہ، اور حوضی اعضا کے نذرات اس کی پیدائش کے نہایت ممکن اسباب ہو سکتے ہیں۔ سن بلوغ کے پہلے اور قریب قریب، عورتی زائدہ کا تفریح دونوں صنفوں میں زیادہ ممکن ہے۔ موضعی ضررات تقریباً بلا استثناء عورتوں میں ہوتے ہیں، اور لڑکیوں میں ایک نظر انداز شدہ فزجی ہسلی التهاب (vulvo-vaginitis) کا بھی خیال کرنا چاہئے جو نبتی سوز کی التهاب باریطون پیدا کر دینے کا امکان رکھتا ہے۔ بالخصوص بچوں میں واقع ہونے والے اولی نبتی ریوی التهاب باریطون کے متمیز خصائص پہلے ہی بیان ہو چکے ہیں۔

انذار۔ عمومی التهاب باریطون ایک نہایت مہلک مرض ہے۔ اغلب نتیجہ کا اندازہ نبض کی نوعیت، قے کے جاری رہنے، ہبوط کی مقدار اور التهاب کی امکانی وسعت پر سے کیا جاسکتا ہے۔ شدید اصابتوں کے تعلق صرف ہر روز کی حالت پر سے رائے قائم کی جاسکتی ہے۔ جب چند روز گزر جائیں تو زیادہ امید ہوتی ہے، لیکن ان اصابتوں میں جو بظاہر درست ہو رہی ہیں ممکن ہے کہ پیچھے اجتماعات ظاہر ہوں، اور مصرعہ بالا طریقہ سے خطرناک ثابت ہوں۔ نبتی ریوی اور نبتی سوز کی شکلیں نسبتاً امید افزا ہوتی ہیں۔

علاج۔ التهاب باریطون کی اصابتوں کی اکثریت میں اور بالخصوص ان اصابتوں میں جو ایک معدی، اثناعشری، یا محرقی قرعہ کے اشتعال یا عورتی زائدہ کے اغاثات یا ایسے ہی کسی دوسرے حادثہ کی وجہ سے ہوں، شغایانی کا امکان صرف اسی وقت ہوتا ہے جب کہ ان کا علاج بلا تاخیر متعدی کے ساتھ جبراجی طریقوں سے کیا جائے۔ شکم کو کھول کر قسیمی ضرر کا تدارک کرنا اور پیپ کے اجتماعات کی تسخیل کرنا چاہئے۔ اس التهاب باریطون میں جو نسیم الدم کی وجہ سے شروع ہوا ہو، مثلاً نبتی ریوی التهاب باریطون میں تا وقتیکہ چھوڑا نہ بن جائے

جراحی عملیہ نہیں کرنا چاہئے، کیونکہ عملیہ سے اولیٰ مرکز مرض کا استیصال کرنا غیر ممکن ہوگا۔

اگر بالفرض عملیہ نہ کرنے کا فیصلہ کیا گیا ہے تو ایسی صورت میں پہلا اصول علاج یہ ہے کہ آنتوں کو قطعی آرام کی حالت میں رکھنا چاہئے۔ اس غرض کیلئے مریض کو قدرتا بستر میں لیٹائے رکھنا لازم ہے۔ غذا مستقیمی حقنوں کے ذریعہ سے دی جانی چاہئے جن میں ۶ فی صدی ڈیکسٹروس ہو۔ اور تسہلات سے سختی کے ساتھ احتیاطاً لازم ہے۔ مریض کی پیاس بجھانے کے لئے اُسے وقتاً فوقتاً برف کے چھوٹے ٹکڑے چائے جائیں، لیکن منہ کے راستہ سے کوئی غذا نہ دی جائے۔ افیون یا مورفیا (morphia) کا استعمال نہیں کرنا چاہئے، کیونکہ ممکن ہے کہ اُن کے استعمال سے علامات کی ایسی زیادتی پوشیدہ ہو جائے کہ جس سے عملیہ کرنے کی ضرورت معلوم ہوتی ہے۔ اسی کی گرم پولٹھوں یا گرم پانی میں بھگا کر سچڑے ہوئے فلائین کے ٹکڑوں کے لگانے سے جن پرتارین یا مرونخ لفاح (liniment of belladonna) چھڑک دیا گیا ہو، مقامی طور پر آرام حاصل کیا جاسکتا ہے۔ بعض اوقات ہر فانی رفادات یا فلائین کی تہوں کے درمیان برف کے ٹکڑے استعمال کئے جاتے ہیں، لیکن ان سے عموماً اتنا آرام نہیں حاصل ہوتا جتنا کہ گرم لاسٹا سے ہوتا ہے۔ مہیجات کی اکثر ضرورت ہوتی ہے، اور ان کے دینے کی بہترین شکل براڈی ہے، جو تھوڑی تھوڑی مقداروں میں بار بار دی جائے۔ جب تمدد ہو تو ضد ویش مصل (anti-Welch serum) کا اثراب کرنا چاہئے (ملاحظہ ہو صفحہ 380)۔

زیر ذیافراخی خراج (subphrenic abscess) باریطون میں یا ذیافراخ کے نیچے کی غلوی بافت میں واقع ہو سکتا ہے۔ اس کے واقع ہونے کے نہایت کثیر الوقوع مقامات کی جماعت بندی حسب ذیل کی گئی ہے:— (۱) دایاں اگلادروں باریطونی خراج (right anterior intra-peritoneal abscess) جگر کے دائیں نمتہ کے اوپر اور رابط منجلی شکل (falciform ligament) کے دائیں طرف ہوتا ہے۔ پیپ اکثر جگر کے نیچے پیچھے کے طرف پھیل جاتی ہے۔

اس کے عام ترین اسباب التهاب زائدہ و دودھ مشقوب آشنا مشرقی فرحات، اور کبدی خراجات ہیں۔ (۲) بایاں اگلا دروں باریطونی حشرج (left anterior intra-peritoneal abscess) جو خاص کر مشقوب معدی قرحے کی وجہ سے ہوتا ہے، جگر کے بائیں لختے کے اوپر اور طحال کے گرد واقع ہوتا ہے۔ (۳) دایاں خارج الباریطون خراج (right extra-peritoneal abscess) جگر کے اوپر اور پیچھے کی خلوی بافت میں واقع ہوتا ہے، اور جگر و ائیں خلف الباریطون بافتوں (retroperitoneal tissues) اور صدر کے التهاب سے شروع ہوتا ہے۔ بائیں جانب کو زیر ڈایا فرا می خلوی بافت بہت کم ہوتی ہے، چنانچہ یہاں کا التهاب ایک قطنی خراج (lumbar abscess) پیدا کر دینے کا رجحان رکھتا ہے۔ تاچہ باریطونی صغیر کا قتیق، جو مشقوب معدی قرحے سے پیدا ہوتا ہے، اس قدر عام نہیں جس قدر کہ دوسرے متذکرہ مقامات کا قتیق (91)۔ زیر ڈایا فرا می خراج (subphrenic abscess) کی سب سے پہلی علامت درد ہے۔ عمومی امتثال کے من عمومی علامات کے علاوہ جو قتیق کی وجہ سے ہوتے ہیں، دوسرے اہم آمارات بھی ہوتے ہیں جن سے تعین مقام میں مدد ملتی ہے، یعنی ایک شکمی درم جو شہیق پر نیچے نہیں ہٹتا، جس جانب پھوڑا ہے اس جانب پر صدری دیوار کا ابھار اور ساتھ ہی عمیق الیمیت۔ مناظر شش کے قاعدے پر اصمیت کی موجودگی اور اصوات تنفس، مدنی گمگ اور لسی صوتی حقیف کی کمی پائی جاتی ہے۔ لاشعاعی امتحان سے ظاہر ہوتا ہے کہ مناظر ڈایا فرام اور اٹھا ہوا اور حرکت ناپذیر ہے۔ جب پھوڑے کے اندر ہوا موجود ہو، جیسا کہ اس وقت ہو سکتا ہے جب کہ وہ کسی حشا کے انقباض سے پیدا ہو گیا ہو، تو قطبی ستر قدری تنفس، فلزی جھنکار اور جرسی آواز کے وقوع کے سب سے ایک استرواح الصدر (pneumo-thorax) کی مشابہت پیدا ہو سکتی ہے۔ استقصائی کچو کا عمل میں لانے کے لئے بہترین یہی ہے کہ وہ ایک معدم جس دوا کے زیر اثر کیا جائے اور اگر نتیجہ مثبت ہو تو ایک کھلے کلیہ کے ذریعہ اس کہفہ کی تسلیل عمل میں لانی چاہئے۔

## مزمن التهاب باریطون

(chronic peritonitis)

یہ حاد التهاب باریطون کے نتیجہ کے طور پر پیدا ہو سکتا ہے، بالخصوص اس کی مقامی شکلوں میں۔ یہ اکثر مخصوص اعضا کے گرد مقامی خراش کا نتیجہ ہوتا ہے، مثلاً ممکن ہے کہ جگر یا طحال ایک دبزدی سے محصور ہو جائیں (گرد کبدی التهاب = perihepatitis، گرد طحالی التهاب = perisplenitis)۔ کبھی شکم کے اندر سدرن اور سرطان کی بالیدگی مزمن التهاب باریطون کی وہ شکلیں پیدا کر دیتی ہیں جن کا تذکرہ ابھی کیا جائے گا۔ یہ مرض براؤٹ میں بھی واقع ہو سکتا ہے۔

مزمن التهاب باریطون کی ایک دوسری شکل اشار کے درمیان انضمامات اور بند (adhesions and bands) ہیں جو حاد التهاب یا مزمن التهاب سے پیدا ہو کر کبھی کبھی مادموی تسد (acute intestinal obstruction) پیدا کر دیتے ہیں، جیسا کہ پہلے بیان ہو چکا ہے۔ مادموی رکود (intestinal stasis) اور غذائی تسمم الدم (alimentary toxemia) کے تعلق میں ان انضمامات کو بہت اہمیت دی گئی ہے۔ لیکن یہ بتلادیا گیا ہے کہ یہ سوائے نہایت نوجوانوں کے دیگر اشخاص کی اکثریت میں پائے جاتے ہیں، اور قولون کے قریب، بالخصوص قولون صاعد اور کبدی عوج کے قریب نہایت کثیر الوقوع ہیں، اور یہ کہ جینی ذی گندگی تک میں طحالی اور کبدی عوجات میں ایک انضمامی عمل پیدا ہو جاتا ہے، اور بعض اصابتوں میں یہ لفافہ کو حوضی حفرہ میں مثبت کر دیتا ہے۔ آنت کے مافیا کے بہاؤ کو روکنے کا ان کا عمل بستمہ یا بریم کی غذا کے بعد لاشاعوں کے ذریعہ تحقیق کیا جاسکتا ہے۔ علامت - جب سیال کم ہوتا ہے یا بالکل نہیں جوتا تو آنتوں کے گھما بن جانے کے مقام پر شکم میں بے قاعدہ مزاحمت موجود ہو سکتی ہے۔ ورنہ علامات وہی ہوتے ہیں جو اتلی مرض میں ہوتے ہیں۔

تشخیص - محض مزمن التهاب باریطون کی تشخیص کافی نہیں بلکہ اولی سبب کا دریافت کرنا ضروری ہے، اور انداز اور علاج کا انحصار اسی پر ہے (نمیز)

ملاحظہ ہو استسقاء شکمی)۔

## تدرنی التہاب باریطون

(tuberculous peritonitis)

بحث اسباب۔ تدرنی التہاب باریطون ہر عمر میں ہوتا ہے، لیکن بچوں اور نوعمر بانوں میں نہایت عام طور پر ہوا کرتا ہے۔ وہ نہایت عام طور پر جسم کے دوسرے حصوں کے تدرن کے ساتھ وابستہ ہوتا ہے۔ اسی واسطے وہ اکثر سل یوی (pulmonary phthisis) آنت کے تدرنی تفرح، جُبنی ماساریقی غدو، اور حوضی اعضاء (مثلاً طوبی اُنبوبات یا خصیتین اور منوی ٹوبیلات) کے امراض کے بعد ثانی طور پر ہوتا ہے۔ ممکن ہے وہ حادث عمومی تدرن کا ایک جزو ہو۔ اس میں شک نہیں کہ بعض اوقات عصبیات ورنیہ معوی دیوار میں سے اس وقت بھی گزر سکتے ہیں جب کہ اس میں کوئی ضرر نہ ہو۔

امراضیات۔ تدرنی التہاب باریطون کے چار اقسام ہوتے ہیں: (۱) استسقائی شکمی قسم (ascitic type)۔ اس میں باریطون کی سطح چھوٹے چھوٹے، سپیدی مائل ذرات سے ڈھکی ہوئی ہوتی ہے، جن کا قطر ۲ تا ۵ ملی میٹر ہوتا ہے، اور جو سطح سے کسی قدر اُبھرے ہوئے اور پاس پاس مجتمع ہوتے ہیں۔ یہ ذرے دایا فرام کی تختانی سطح پر اور کوکھوں میں نہایت کثرت کے ساتھ ہوتے ہیں۔ مصلی سیال کا عیار تشاح واقع ہوتا ہے، جو ممکن ہے کہ مقدار میں کئی پائنٹ ہو، اور شکم کی کلانی اتنی ہی زیادہ ہو جتنی کہ وہ کہبت (cirrhosis) کے یا مرض قلب کے استسقاء شکمی میں ہوتی ہے۔ زیادہ شاذ اصابتوں میں یہ مائع مصلی مچی یا قسبی ہوتا ہے۔ (۲) انضمامی (adhesive) فائبرینی (fibrinous) یا تلوینی (plastic) قسم۔ اس میں سیال کا عیار تشاح مقدار میں نسبت بہت کم ہوتا ہے، اور آنت کے لچھوں کے درمیان فائبرین وسیع طور پر جمع جاتی ہے۔ قضیہ واقع ہوتا ہے، چنانچہ لمبے باہم چپاں ہو جاتے ہیں اور باریطونی کہفہ مٹوس ہو جاتا ہے۔ نسبت بعد کے درجوں میں سخت ایفنی بافت بن جاتی ہے۔ ممکن ہے کہ ذرے بالکل ظاہر یا واضح نہ ہوں۔ (۳) جُبنی قسم

(caseous type) میں دھڑ بڑے ہو کر اور کہیں کہیں متحد ہو کر زرد جُبنی ڈھیلے بنا دیتے ہیں۔ یہ اکثر شربِ کبیر میں واقع ہوتا ہے، جو سکڑ کر شکم میں عرضاً ایک گلمہ نما تودہ بنا دیتا ہے۔ اس قسم میں آنت کا وسیع تفرج واقع ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ منقسم آنتیں ان قروحوں کے قاعدوں میں سے ایک دوسری کے اندر کھل جائیں اور اس طرح قتالِ غذائی کے قدرتی محرک پتہ چلانا ناممکن ہو جائے۔ ممکن ہے کہ اشتباہ واقع ہو کر حاد و عمومی التهابِ باریطون پیدا کر دے، یا کبھ باریطونی کے مختلف حصوں میں پیچھے اجتماعات ہو جائیں جو ایک دوسرے سے بے تعلق ہوں۔ یا ساریقی غدد اکثر جُبنی ہوتے ہیں اور جب یہ بڑے اور جس پذیرِ ڈھیلے بنا دیتے ہیں تو اس قسم کو اکثر (۴) ہزالِ ماسا ساریقا (tabes mesenterica) کہتے ہیں۔ یہ اصطلاح ماسا ریتی غدد کا اولیٰ نذرانِ ظاہر کرنے کے لئے استعمال کی جاتی ہے، جس میں باریطون ثانوی طور پر ماؤف ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ یہ غدد متبقی ہو کر باہر یا کبھ باریطونی کے اندر چھوٹ پڑیں۔ یہ ماؤر کھنا چاہئے کہ یہ اصابتیں ان اقسام کے ساتھ پورے طور پر مطابقت نہیں کرتیں۔ ممکن ہے کہ ان سب اقسام کے آمیزے موجود ہوں اور مہرِ مرض کے دوران میں ایک قسم بدل کر دوسری قسم بن جائے۔

**علامات**۔ علامات بعض اوقات حاد ہوتے ہیں، اور اصابت ہر لحاظ سے ویسی ہوتی ہے جیسا کہ دوسری سرایتوں سے پیدا ہو جانے والا حاد التهابِ باریطون۔ زیادہ اکثر علامات غیر محسوس طور پر پیدا ہو جاتے ہیں اور شکم میں درد یا تکلیف پر مشتمل ہوتے ہیں۔ مریض کمزور اور ڈبلا ہوتا ہے۔ بے قاعدہ تپ ہوتی ہے۔ جھوک کم ہو جاتی ہے، اور یا خانے بے قاعدگی کے ساتھ لیکن اکثر غیر بستہ اور غیر منہضم ہوتے ہیں۔ ممکن ہے کہ استسقا شکمی کی وجہ سے شکم بڑا ہو۔ انفجائی قسم میں شکم متورم بھی ہوتا ہے اور جس کرنے سے اس کے بعض حصوں میں زیادہ مزاحمت معلوم ہوتی ہے یا گندھے ہوئے آٹے جیسا احساس ہوتا ہے۔ جُبنی قسم میں اور ہزالِ ماسا ریتا میں سخت گول گول تودے ہوتے ہیں جن کے خاکے کم و بیش واضح ہوتے ہیں۔ ایسے سلسلہ نما تودے اکثر شکم کے زیریں نصف میں واقع ہوتے ہیں اور یہ شاید ایک جانب پر اس سے زیادہ اوپر تک پہنچتے ہیں کہ جتنا دوسری



جانب پیویہ سطح پر ناہمواریا گرہمی ہوتے ہیں۔ بعض اوقات تدرنی درریزش کے منقلب تو دے بندوں کی طرح شکم پر عرضاً دوڑتے ہوئے محسوس ہوتے ہیں۔ اس طرح شرب جو دبیز ہو جاتا ہے اکثر شکم کے بالائی حصے میں ایک مستحضر بند بنا دیتا ہے اور مٹموس (urachus) کے گرد کی بافت ناف کے نیچے ایک انتصابی بند بنا دیتی ہے۔ کبھی کبھی یعنی بافت کی زیادتی اور اس سے پیدا ہو جانے والے انقباض کے باعث شکم بادر کشیدہ ہوتا ہے۔ لفافی غد کا تدرن جس کے ساتھ عروق لفافیہ کا تسد ہو، شکم برازی پیدا کر دیتا ہے۔

تشخیص - متمدن شکم جس کے ساتھ لاغری کی وجہ سے سینہ میں پسیوں کا حد سے زائد یا غیر معمولی اُجھار اور بین الاضلاع فضاؤں کا اندر و محض جانا ظاہر ہو، ترقی یافتہ تدرنی التهاب باریطون کا تمیز خاصہ ہے۔ ممکن ہے کہ شکم کی سطح پر وضع وریدیں نظر آئیں اور کسی قدر اہمیت بھی ہوتی ہے۔ آغور کا تدرن اور التهاب باریطون ایک دیرینہ زائدی خراج سے، یا شکمی مرض (abdominal Hodgkin's disease) کی اسابت سے مشابہ ہو سکتا ہے۔ حاد قسمیں حمیات معویہ میں سے کسی ایک تب سے مشابہ ہو سکتی ہیں۔

بچوں میں تین حالتیں ہیں جن کے مینر خصائص دُبلے ہاتھ پاؤں اور بڑھا ہوا شکم ہیں اور جو سمل معوی ("consumption of the bowels") کے نام سے یاد کی جاسکتی ہیں۔ یہ تدرنی التهاب باریطون اور شکمی لفافی غد کا تدرن (celiac disease) اور سادہ سودہ ہضم معہ اسہال ہیں۔ ان میں سے آخری مرض سب سے زیادہ عام ہے۔ مشتبہ اسابتوں میں لاشعاعوں سے مدد حاصل ہو سکتی ہے۔ تدرنی التهاب باریطون میں انفصامات کی وجہ سے غیر شفاف غذا چھوٹی آنت میں بے قاعدہ نقطوں پر چھوٹے چھوٹے اجتماعات پیدا کر سکتی ہے در اسحا لیکہ طبعی حالت میں وہ بلا کسی مزاجت کے لفافی کے اختتام میں سے ہو کر گذر جاتی ہے۔ ممکن ہے کہ در سیمتہ شرب غلطی سے بڑھے ہوئے جگر کا زیریں حصہ سمجھ لیا جائے، لیکن اس کے اوپر مدے کی گنگ اس غلط فہمی میں مبتلانہ ہونے دے گی۔ بعض اوقات جسم کے دوسرے حصوں میں تدرن کی موجودگی کے باعث

تشخیص کی تصدیق ہو سکتی ہے، لیکن ایسا ہمیشہ نہیں ہوتا۔ بچوں یا نوجوانوں میں سادہ استسقاؤشکی، جس کی توجیہ دوسرے طور پر نہ ہو سکے، تدرنی ہو سکتا ہے، لیکن اسے کبدی کبیت (hepatic cirrhosis) کے استسقاؤشکی سے تمیز کرنا اکثر مشکل ہوتا ہے جو بعض اوقات درحقیقت اس کے ساتھ ساتھ موجود ہوتی ہے۔ اور اکثر وہ غلطی سے بیضی دویرہ (ovarian cyst) سمجھ لیا گیا ہے، یہاں تک کہ جراحی غلطی سے اسکی تخلیط ہوئی۔ بزل کے ذریعہ نکالے ہوئے مایع کا امتحان ایک گیننی پگ کے اندر تطعیم کر کے کیا جاسکتا ہے، یا ٹیوبرکیولین استعمال کی جاسکتی ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 170)۔

انذار۔ یہ دوسرے بہت سے تدرنی ضررات کے انذار کے نسبت زیادہ امید افزا ہوتا ہے، اور بہت سے مریض جن کا علاج جلد شروع کیا گیا بظاہر بالکل شفا یاب ہو گئے ہیں۔ نہ صرف یہ کہ مایع جذب ہو گیا ہے، بلکہ بعض اصابتوں میں تصلب در ریزش، یا انضامی گچھوں کے بڑے بڑے تودے بالکل غائب ہو گئے ہیں۔

419

علاج۔ بستر میں آرام لینا اہم ہے، اور اس کے ساتھ تازہ ہوا بھی شامل کر دینا چاہئے، جیسا کہ سل ریوی کے صحت کا ہی علاج میں بیان کیا گیا ہے۔ آفتاب کی روشنی میں جسم کا تکشف (علاج شمسی = heliotherapy) نہ صرف تدرنی التهاب باریطون کی، بلکہ لغائی غدود ہڈیوں اور مفاصل کے تدرن کی غیر حموی اصابتوں کے علاج کا ایک مفید طریقہ ہے۔ پاؤں سے شروع کر کے اوپر کے طرف جاتے ہوئے منکشف جسمانی سطح کی وسعت روز بہ روز بڑھائی جاتی ہے، یہاں تک کہ بالآخر سارے جسم کا تکشف روزانہ دو یا تین گھنٹوں کے لئے ہو جائے۔ سر کو ڈھکا ہوا رکھا جاتا ہے۔ اہمق اور ایسے اشخاص جو صنفہ پیدا کر کے جوابی عمل ظاہر کرنے کی محدود طاقت رکھتے ہیں، علاج شمسی کے لئے موزوں نہیں ہوتے (89)۔ داخلی طور پر کاڈ لیور آئیل (cod-liver oil) کا استعمال کیا جاسکتا ہے، اور غذاؤ و دھنم ہونی چاہئے۔ شکم پر پارے کا مرہم (mercurial ointment) لگانا ایک بُرا طریقہ علاج ہے۔ سیال کی زیادتی بزل کے ذریعہ نکالی جاسکتی ہے، لیکن شکم شگافی اس سے بھی بہتر طریقہ ہے، کیونکہ اس سے سیال کے محدود المقام اجتماعات

خالی کئے جاسکتے ہیں۔ شحم برازی کا علاج غذا کی چربی کم کرنے سے کرنا چاہئے۔

## باریطونی انصبابات اور مایہا

(peritoneal effusions and contents)

کہنہ باریطونی کے اندر مائع انصبابات حسب ذیل ہوتے ہیں:۔ (۱) وہ مصلیٰ، مصلیٰ قابریسی اور ریمی المات جو التهاب یا باریطونی التهاب سے پیدا ہو جاتے ہیں بحلیث التهاب اغشیہ مصلیہ (polyvorrhomenitis) یا عمومی التهاب اغشیہ مصلیہ (polyserositis) یا کونکاٹو (Concato) کا مرض کے نام اس حالت کو دئے گئے ہیں جن میں چار بڑی مصلی اغشیہ یعنی سارمور، پلیور، اور باریطون میں سے دو یا زائد اغشیہ میں بیک وقت التهابات پیدا ہو جائیں۔ یہ ملازم تدری، بتقی سچی اور بتقی ریوی سرایت اور حاد ریٹیت (acute rheumatism) میں واقع ہو سکتا ہے۔ اس کو پکٹ (Pick) کے مرض سے تمیز کرنا ضروری ہے (ملاحظہ ہو)۔ (۲) وہ مایعات جن کا انصباب مختلف الاقسام کبدی، قلبی یا کلومی استقامیں ہوتا ہے اور وہ کیلوسی یا کیلوسی الشکل مایعات جو بعض اوقات موجود ہوتے ہیں۔ (۳) وہ مایعات جو عروق یا دوسری متصلہ ساختوں کے انشقاق سے حاصل ہو جاتے ہیں۔ اس طرح ممکن ہے کہ (۱) کہنہ باریطونی کے اندر خون پایا جائے جو ضرب کسی انورسا کے انشقاق، ترفی التهاب باریطون، ماسا ریتی غدو کی سداویت یا غلیقت، سرطانی بالیدوں میں عروق کے انشقاق، خارج الرحم حمل اور دوسری حالتوں میں پیدا ہو جاتا ہے۔ (ب) ممکن ہے کہ جگر کے کیستی دوبرے کے انشقاق کے دمدان میں، اور شاید مرارے کے انشقاق سے صفرا باریطون کے اندر پہنچ جائے۔ (ج) ممکن ہے کہ کوئی سادہ یا متعجب کیستی دوبرہ مشقوق ہو کر اپنے مایہا کو باریطون کے اندر خارج کر دے۔ (د) ممکن ہے کہ پھوڑوں میں سے پیپ اور (۴) کھوکھلے شکلی احتار میں سے کسی کے مایہا ضرب یا مرض کی وجہ سے کہنہ باریطونی کے اندر چلے جائیں مثلاً معدے، آنتوں یا مثانہ وغیرہ کے مایہا۔

## باریطون میں فالیڈس

باریطون میں ایک عام ترین فالیڈ سرطان ہے جو احشاء بالخصوص معدہ اور بیض کے مرض کے بعد ثانوی طور پر پیدا ہو جاتا ہے۔ یہ بیشتر زیادہ عمر میں ہوا کرتا ہے اور چھپے متدیر مطروحات کی شکل میں ہوتا ہے جو سطح شکم کو ڈھانک لیتے ہیں، اور درنہ کی طرح یہ بھی ڈایا فرام ہوا اور کوکھوں میں نہایت کثرت کے ساتھ ہوتا ہے۔ اس طرح شرب بھی دبیز اور در رینختہ ہو سکتا ہے، اور ممکن ہے کہ بالآخر سرطانی گرہیں سارے شکم پر ہو جائیں۔ چند اصابتوں میں کولائیڈل سرطان (colloid carcinoma) ہو سکتا ہے۔ عموماً وافر مایع انصباب موجود ہوتا ہے (سرطانی التهاب باریطون carcinomatous peritonitis) اور اکثر اوقات اس کے ساتھ خون آمیز ہوتا ہے جس سے انصباب کارنگ بھورا، بھورا سرخ، بلکہ سرخ ہو جاتا ہے۔ کبھی کبھی سرطان کی گرہیں ناف کے گرد کی جلد میں محسوس ہوتی ہیں اور بن ران کے غدود اسی فالیڈ سے در رینختہ ہو سکتے ہیں۔ کولائیڈل سرطان کو نام نہاد کاذب مخاطی سلعہ، باریطونی (pseudo-myxoma peritonei) سے تیز کرنا چاہئے۔ جب کوئی عضو مثلاً زائیدہ دودید، جو نازلتی التهاب سے ماؤف ہو پھٹ جاتا ہے تو ممکن ہے کہ باریطون میں کے سوراخ میں سے مخاط باہر نکل کر بڑے بڑے تودے بناوے جنہیں اس نام سے یاد کیا جاتا ہے۔

420

مرض خبیث کی ایک دوسری شکل لحمی سلعہ ہے۔ یہ خلف الباریطونی، بامتوں، شرب، ماساریقا، یا رابطہ مستعرض میں ہوتا ہے۔ خلف الباریطونی مخاطی لحمی سلعہ (retroperitoneal myxo-sarcoma) نہایت بڑی رسولیا بنا سکتا، علامات۔ پہلے بیان کئے ہوئے مزمن التهاب باریطون کے علامات کے علاوہ ان کا انحصار اولی فالیڈ کے محل وقوع پر ہوتا ہے۔

انذار۔ قطعاً غیر امید افزا ہوتا ہے اور علاج کا انتشاریسی ہونا چاہئے کہ علامات میں تخفیف ہو اور جب سیال بہت زیادہ ہو تو اسے عارضی طور پر نکال دیا جائے یا متعدد معالکے جراحی عملیہ کیا جائے۔ ممکن ہے کہ عمیق لاشعاعی علاج کا لحمی سلعہ پر مفید اثر پڑے۔

# حوالہ جات

## REFERENCES

- 1 A. Rendle Short 1925 *Brit. Med. Journ.*, 11.,  
p 254.
- 2 A. Bulleid 1931 *Guy's Hosp. Rep.*, 81,  
p. 116
- 3 C. B. Henry 1930 *Lancet*, 11., p. 35.  
1925 *British Dental Journ.*,  
Dec. 9th, p. 60.
- 4 H Lloyd Williams
- 5 R D. Paterson; *Journ., Laryng.*, pp. 285.  
A. Brown Kelly 289.
- 6 P. P. Vinson 1922 *Minnesota Medicine*, p.  
107.
- 7 W. W. Payne and E P. 1923 *Quart. Journ. Med.*, 65,  
Poulton p. 53.
- 8 G. W. Rake 1926 *Guy's Hosp. Rep.*, 76,  
p. 145.
- 9 G. W. Rake 1927 *Guy's Hosp. Rep.*, 77,  
p. 141.
- 10 G. L. Scott 1922 *Lancet* 11., p 988.
- 11 A. E. Barclay 1922 *Lancet*, 11., p 261
- 12 J. M. H. Campbell and 1924 *Guy's Hosp. Rep.*, 74,  
13 Bolton and Goodhart p. 354  
J. J. Conybeare 1922 *Lancet*, 1., p. 420.
- 14 Baird, Campbell and 1924 *Guy's Hosp. Rep.*, 74,  
Hern p. 23.
- 15 H. D. Rolleston 1896 *Trans. Path. Soc.*, 47,  
p. 37
- 16 A. F. Hurst 1914 *Quart. Journ. Med.*, 8,  
p. 300.
- 17 T. L. Hardy 1929 *Lancet*, 1., p. 711.
- 18 H. Maclean and 1928 *Journ. Physiol.*, 65, p.  
W. Griffiths 63.
- 19 Morell Roberts 1930-31 *Quart. Journ. Med.*,  
24, p. 133.
- 20 Campbell, Mitchell, 1928 *Guy's Hosp. Rep.*, 78,  
Powell p. 279.
- 21 A. F. Hurst (Goulsto 1911 *The Sensibility of the*  
man Lectures) *Alimentary Canal. Orf*  
*Med. Publications.*

- 22 { W. W. Payne & E. P. 1927 *Journ. Physiol.*, 63, p.  
Poulton .. 217.
- 23 { E. P. Poulton 1928 *Lancet*, ii., pp. 1223, 1277.
- 23 W. W. Payne and E. P. 1928 *Journ. Physiol.* 65, p  
Poulton 157
- 24 Meunier (L'etat dys- 1924 Masson et Cie., Paris.  
peptique)
- 25 Sir B. Bruce-Porter 1924 *Lancet*, ii., p. 495.  
1922 *Quart. Journ. Med.*, 15,  
p. 144.
- 26 P. C. Couran
- 27 D. P. D. Wilkie 1928 *Brit. Med. Journ.*, i.,  
p. 481.
- 28 D. P. D. Wilkie 1922 *Brit. Med. Journ.*, ii.,  
p. 1219.
- 29 D. P. D. Wilkie 1933 *Brit. Med. Journ.*, i., p.  
771.
- 30 D. C. M. Ettles 1927 *Guy's Hosp. Rep.*, 77,  
p. 216.
- 31 K. Faber 1927 *Lancet*, ii., p. 901.
- 32 J. Sherren 1924 *Lancet*, i., p. 477.
- 33 K. Faber 1922 *Lancet*, i., p. 65.
- 34 A. E. Barclay 1929 *Lancet*, ii., p. 1272.
- 35 A. E. Barclay 1929 *Lancet*, ii., p. 1322.
- 36 A. Bruce Maclean 1932 *Brit. Med. Journ.*, ii.,  
p. 1055.
- 37 M. J. Stewart 1923 *Brit. Med. Journ.*, Nov.  
24th and Dec. 1st.
- 38 J. W. McNee 1922 *Quart. Journ. Med.*, 15,  
p. 215.
- 39 T. G. Bonar 1924 *Lancet*, ii., p. 261.
- 40 A. F. Hurst, R. P. 1926 *Guy's Hosp. Rep.*, 76,  
Rowlands, etc. p. 156.
- 41 E. C. Rosenow 1923 *Journ. Infect. Dis.*, 32,  
p. 384.
- 42 A. F. Hurst .. 1923 *Brit. Med. Journ.*, i., p.  
1074.
- 43 J. J. Conybeare 1922 *Guy's Hosp. Rep.*, 72, p.  
174.
- 44 Sir B. Moynihan 1923 *Lancet*, i., p. 631.
- 45 E. I. Spriggs and O.A. 1922 *Lancet*, i., p. 725.  
Marxer
- 46 J. Morley .. 1923 *Lancet*, ii., p. 823.

- 1923 *Brit. Med. Journ.*, 1., p. 579.
- 47 G. F. Still ..
- F. N. Reynolds 1921 *Lancet*, ii., p. 891.
- 48 H. Tyrrell Gray and
- 49 T. I. Bennett 1923 *Lancet*, ii., p. 275.
- 50 A. F. Hurst and
- A. Newton 1913 *Journ. Physiol.*, 47, p. 57
- 51 T. I. Bennett, D. Hunter & J. M. Vaughan 1932 *Quart. Journ. Med.*, 1, p. 603.
- 52 Discussion on Summer Diarrhoea 1923 *Brit. Med. Journ.*, ii., p. 857.
- 53 G. Leighton (The Loch Maree Tragedy)
- 54 W. M. Scott 1923 W. Collins, Sons & Co. 1930 *Brit. Med. Journ.*, ii., p. 56.
- 55 R. E. Smith 1931 *Lancet*, ii., p. 925.
- 56 T. K. Monro and W. W. N. Knox 1923 *Brit. Med. Journ.*, i, p. 279.
- 57 N. L. Lloyd 1925 *Guy's Hosp. Rep.*, 75, p. 410.
- 58 Z. Cope 1924 *Lancet*, i., p. 121.
- 59 E. I. Spriggs and O. A. Marxer 1927 *Lancet*, i., p. 1067.
- 60 H. Hartmann 1922 *Lancet*, i., p. 307.
- 61 R. L. Haden and T. C. Orr 1923 *Journ. Exp. Med.*, 37, p. 365.
- 62 B. W. Williams 1927 *Lancet*, i., p. 907.
- 63 R. St. L. Brockman 1927 *Lancet*, ii., p. 317.
- 64 A. F. Hurst (Essays, etc.) 1924 Heinemann, p. 123, etc.
- 65 J. W. McNee 1932 *Brit. Med. Journ.*, i., pp. 1017, 1071.
- 66 P. H. Whitaker, T. B. Davie, and F. Murgatroid. 1933 *Quart. Journ. Med.*, 2, p. 49.
- 67 Mann 1927 *Medicine*, 6, p. 419.
- 68 A. R. Rich 1930 *Bull. Johns Hopkins Hosp.*, 47, p. 338.
- 69 D. R. Drury and P. D. McMaster 1929 *Journ. Exp. Med.*, 50, p. 569.
- 70 J. C. Spence and P. C. Brett . 1921 *Lancet*, ii., p. 1362.

- 71 Y. Akerran . . 1934 *Experimental Changes in Liver Function, Upsala.*
- 72 D. T. Davies . . 1927 *Lancet*, i., p. 380.
- 73 J. W. McNee . 1922 *Brit. Med. Journ.*, i., pp. 716, 783.
- 74 M. Brule (Recherches sur les Icteres) 1924. Masson et Cie., Paris.
- 75 W. Morrell Roberts 1933 *Brit. Med. Journ.*, i., p. 734.
- 76 C. Newman (Goulstonian Lectures) 1933 *Lancet*, i., pp. 785, 842, 896.
- 77 G. A. Collinson and F. S. Fowweather 1926 *Brit. Med. Journ.*, i., p. 108.
- 78 Sir H. Rolleston (Discussion on Degenerative Diseases of Liver) 1922 *Brit. Med. Journ.*, ii., p. 1055.
- 79 C. H. Best 1934 *Lancet*, i., p. 1274.
- 80 Review on Syphilis 1923 *Med. Sci.*, 8, p. 182.
- 81 P. Rous, P. D. McMaster and G. O. Brown 1923 *Lancet*, i., p. 449.
- 82 D. P. D. Wilkie 1933 *Brit. Med. Journ.*, ii., p. 767.
- 83 T. C. Hunt 1933 *Lancet*, ii., p. 279.
- 84 B. B. V. Lyon 1920 *Amer. Journ. Med. Sci.*, 160, p. 515.
- 85 A. Leitch . 1924 *Brit. Med. Journ.*, ii., p. 451.
- 86 J. Mellanby 1926 *Lancet*, ii., p. 215.
- 87 R. Coope (Pancreatic Disease) 1927 London.
- 88 J. F. Brailsford 1926 *Proc. Roy. Soc. Med. (Elect. Therp. Sect.)* p. 41.
- 89 A. Rollier . . 1922 *Brit. Med. Journ.*, ii., p. 741.
- 90 A. C. Hampson 1919 *Lancet*, i., p. 429.
- 91 H. L. Barnard 1910 *Contrib. to Abdominal Surgery*, p. 335.
- 92 A. F. Sladden 1922 *Lancet*, ii., p. 68.
- 93 H. C. Edwards 1935 *Lancet*, ii., p. 1161.



# خون طحال اور لمفائی نظام کے امراض

## امتحانِ خون

عرصہ ترویب - یہ تخمینیں دموی پیش پر عمل میں لائی جاتی ہیں۔ گیس کا سریری موی ترویب پیم (Gibb's clinical blood coagulometer) وہ آلہ ہے جس کی سفارش کی گئی ہے (۱) خون کے ایک قطرے کو ایک پلاٹینم کے تار کے حلقہ کے گرد حرکت کرائی جاتی ہے اور جب ترویب واقع ہو جاتی ہے تو اس کی حرکت متوقف ہو جاتی ہے۔ جس سے حاصل کئے ہوئے خون کے پہلے قطرے کا عرصہ ترویب تقریباً ۸ تا ۱۰ ثانیہ تک مختلف ہوتا ہے (اوسط ۸ تا ۱۰ ثانیہ)۔ بعد کے قطروں کی ترویب کا وقت نسبتاً کم (۲۵ تا ۵۰ ثانیہ) ہوتا ہے۔ اس کی وجہ یہ ہے کہ ابتداءً بافتوں کے کوفہ ہونے سے تھرومبو کائینس (thrombokinas) رہا ہوتا ہے لیکن بعد میں زخمی عروق میں لوجیس طرزی ہو کر زائد پروتھرومبین (prothrombin) پیدا کر دیتے ہیں (۲)۔ یہ عاقلات ایسے ہیں جن سے ترویب کی سرعت زیادہ ہو جاتی ہے۔ خون اور قارورے کے بعض طبعی اجزائے ترکیبی کی اوسط قدریں۔

پیشاب (معمولی غذا دینے پر)	سالم خون (بحالتِ ناقہ کشی)		
گرام ہر ۲۴ گھنٹہ میں	لی گرام فی ۱۰۰ سی سی	لی گرام فی ۱۰۰ سی سی	ایمینو ایسڈ نائٹروجن
۰.۶ - ۱.۰	۶ - ۱۰	۶ - ۱۰	سکورین
		۳۰۰ - ۲۵۰	کولسٹرال
		۲۰۰ - ۱۲۰	ڈکسٹروس
		۱۰۰ - ۸۰	غیر پروٹینی نائٹروجن
۱	۵۰	۳ - ۴	یورک ایسڈ

- 71 Y. Akerran 1934 *Experimental Changes in Liver Function, Upsala.*
- 72 D. T. Davies 1927 *Lancet*, i., p. 380
- 73 J. W. McNee 1922 *Brit Med Journ.*, i., pp 716, 783
- 74 M. Binle (Recherches  
sur les lèbres) 1924 Masson et Cie, Paris
- 75 M. P. Robert 1933 *Brit Med Journ.*, i., p 734
- 76 J. P. Gouldsto 1933 *Lancet*, i., pp 785, 842,  
896.
- 77 J. P. and 1926 *Brit Med Journ.*, i., p.  
108
- 78 H. Rolleston (Dis- 1922 *Brit Med Journ.*, ii., p.  
cussion on Degene-  
rative Diseases of  
Liver)
- 79 H. Best 1934 *Lancet*, i., p. 1274.
- 80 Review on Syphilis 1923 *Med. Sci.*, 8, p. 182
- 81 P. Rous, P. D. McMas 1923 *Lancet*, i., p. 449.
- 82 J. D. Wilkie 1933 *Brit. Med Journ.*, ii., p  
767.
- 83 P. C. Hunt 1933 *Lancet*, ii., p. 279
- 84 B. B. V. Lyon 1920 *Amer. Journ. Med. Sci.*,  
160, p. 515.
- 85 A. Leitch 1924 *Brit. Med Journ.*, ii., p  
451.
- 86 J. Mellanby 1926 *Lancet*, ii., p. 215.
- 87 R. Coope (Pancreatic  
Disease) 1927 London.
- 88 J. F. Brailsford 1926 *Proc Roy. Soc. Med.*  
(*Elect. Therp. Sect*)  
p. 41.
- 89 A. Rollier 1922 *Brit. Med. Journ.*, ii., p.  
741.
- 90 A. C. Hampson 1919 *Lancet*, i., p. 429.
- 91 H. L. Barnard 1910 *Contrib. to Abdominal  
Surgery*, p. 335.
- 92 A. F. Sladden 1922 *Lancet*, ii., p. 68.
- 93 H. C. Edwards 1935 *Lancet*, ii., p. 1161.

# خون طحال اور لمفائی نظام کے امراض

## امتحان خون

عصہ تروییب - یہ تخمینیں دھوتی پیش پر عمل میں لائی جاتی ہیں گتس کا سریری موی  
 یہ (۱) خون کے ایک قطرے کو ایک پلاطینم کے تار کے حلقہ کے گرد حرکت کرائی جاتی ہے  
 اور جب تروییب واقع ہو جاتی ہے تو اس کی حرکت موقوف ہو جاتی ہے۔ حصین سے حاصل کئے  
 ہوئے خون کے پہلے قطرے کا عصہ تروییب تقریباً ۱۰ تا ۱۵ ثانیہ تک مختلف ہوتا ہے (اوسط  
 ۱۰ ثانیہ)۔ بعد کے قطروں کی تروییب کا وقت نسبتاً کم (۲۵ تا ۵۵ ثانیہ) ہوتا ہے۔ اس کی وجہ  
 یہ ہے کہ ابتداءً بافتوں کے کوفتہ ہونے سے تھراپوکائیس (thrombokinas) رہا ہوتا ہے  
 لیکن بعد میں زخمی عروق میں لوجیس لتزق ہو کر زائد پروتھرا مبین (prothrombin) پیدا  
 کر دیتے ہیں (۲)۔ یہ عاقلات ایسے ہیں جن سے تروییب کی سرعت زیادہ ہو جاتی ہے۔  
 خون اور تادورس کے بعض طبعی اجزائے ترکیبی کی اوسط قدریں:-

پیشاب (سمولی غذا دینے پر)	سالم خون (بحالت خافہ کشی)		
گرام ہر ۲۲ گھنٹہ میں ۰.۶-۱.۰	لی گرام فی ۱۰۰ سی سی ۶-۹	لی گرام فی ۱۰۰ سی سی ۷-۱۰	ایمینو ایسڈ نائٹروجن کلورین کولسٹرال ڈکسٹروس غیر پروٹینی نائٹروجن یورک ایسڈ
		۳۰۰-۲۶۰	
		۲۰۰-۱۲۰	
		۱۰۰-۸۰	
		۳	
		۴ تک	
	۵۷		
۱			

پیشاب (معمولی غذا دینے پر)	سالم خون (بحالت فائز کثیف)	
گرام ہر ۱۲ گھنٹہ میں ۲۰ - ۳۰	لی گرام فی ۱۰۰ سی سی ۲۰۰۰	یورین ۱۹ - ۳۲
		پلازما
۱۰ تک	۶۰۰	۲۵۲ - ۳۸۳ ۲۴۰ ۲۶۳۰ ۱۶۱ - ۱۷۱ ۰.۶۲ - ۰.۶۴
۰.۶۹	۹۰	۳ غیر نامیاتی فاسفورس
		مصل
۰.۶۳	۱۴ - ۱۵	۹۶۶
۰.۶۱۶	۶	۳۶۲
۴ تک	۲۵۰ - ۳۰۰	۱۹۶۵
۵ تک	۳۰۰	۳۳۵
		۵۲ - ۵۵ سی سی CO <sub>2</sub>
		قلوی محفوظہ متاکس گندھک
۲۶۳	۱۸۰	۰.۵۵ - ۱.۱۱
۰.۶۲	۱۵	۱ - ۰.۵۱
۰.۶۲	۱۵	۳۵۵ - ۱.۱۷

ماشیم: -  
خون میں ایونیا بالکل نہیں ہوتی پیشاب میں ایونیا فی ٹائٹروجن فیوڈا ایسٹو ٹائٹروجن سے باہم ہوتا ہے۔

423

عرصہ ادماء (bleeding time) - ایک پمپن کا خون ایک جاؤب کاغذ سے پلا دباؤے ہر پاؤ یا ایک منٹ پر خشک کر لیا جاتا ہے۔ طبعی حالت میں ادا ایک تا ۲ منٹ میں موقوف ہو جاتا ہے۔ لیکن مرض میں ممکن ہے کہ وہ تین منٹ بلکہ کئی گھنٹوں تک اطالت پذیر ہو جائے۔

شرح تشغل (sedimentation rate) - ایک شیشہ کی ٹلی میں جس کا قطر ۲ کم از کم ملی میٹر ہو، آگزیلیٹڈ یا سائٹریٹڈ (oxalated or citrated blood) کھینچ کر اسینیٹریٹر بلند عمود بنا لیا جاتا ہے۔ طبعی شرح کہ جس سے حیات تہ نشیں ہو جاتے ہیں ایسی ہوتی ہے کہ ٹلی کی چوٹی پر پلازما کا ایک صاف عمود باقی رہ جاتا ہے جس کی ناپ ۱۵ منٹ میں ۴۰ سینٹی میٹر تک، ۳ منٹ میں ۱۰ سینٹی میٹر اور ۹۰ منٹ میں ۲۵ سینٹی میٹر ہوتی ہے۔ یہ تخمین ایک محضن میں ۳۷ درجہ سینٹی گریٹ پر بہترین طور پر عمل میں لائی جاتی ہیں۔ ایک سرخ شرح تشغل سرایت (مثلاً مرکزی عفونت) ظاہر کرتی ہے۔ لیکن عدم دمویت اور التهاب گردہ کو خارج از بحث کر لیتا ہے۔

حیات کی شکنائی (fragility of corpuscles) - بعض امراض میں سرخ حیات کی شکنائی معمول کے نسبت زیادہ پائی گئی ہے، یہ الفاظ دیگر مترق سیالات سے دم پاشیدگی ہو جانے میں حیات یا گلوبینے نسبتہ کم مزاحمت ظاہر کرتے ہیں۔ اس کی تعین کے لئے چند کعب سینیٹریٹر خون کو آگزیلیٹ آف پوٹاسیم کے ہم قشری محلول (پوٹاسیم آگزیلیٹ ۲۸ گرام، سوڈیم کلورائیڈ ۸ گرام، آب کشیدہ ۱۰۰ گرام) کے ساتھ ملا کر اس آمیزے کا انجکشن کیا جاتا ہے اور پلازما کو بھٹکار لیا جاتا ہے اور حیات کو سوڈیم کلورائیڈ کے ۹۰ فی صدی محلول میں دھو کر پھر ان کا امتحان سوڈیم کلورائیڈ کے مختلف قوتوں کے محلولات کے ساتھ کیا جاتا ہے۔ دھلے ہوئے طبعی شرح حیات ۴۵۰ فی صدی سوڈیم کلورائیڈ میں خفیف دم پاشیدگی اور ۳۵۰ فی صدی محلول میں کامل دم پاشیدگی ظاہر کرتے ہیں۔ اگر دم پاشیدگی زیادہ قوی محلولات کے ساتھ واقع ہو تو اس سے غیر معمولی طور پر بلند شکنائی ظاہر ہوتی ہے، جیسا کہ بے صفرا بولی رقان میں ہوتا ہے۔

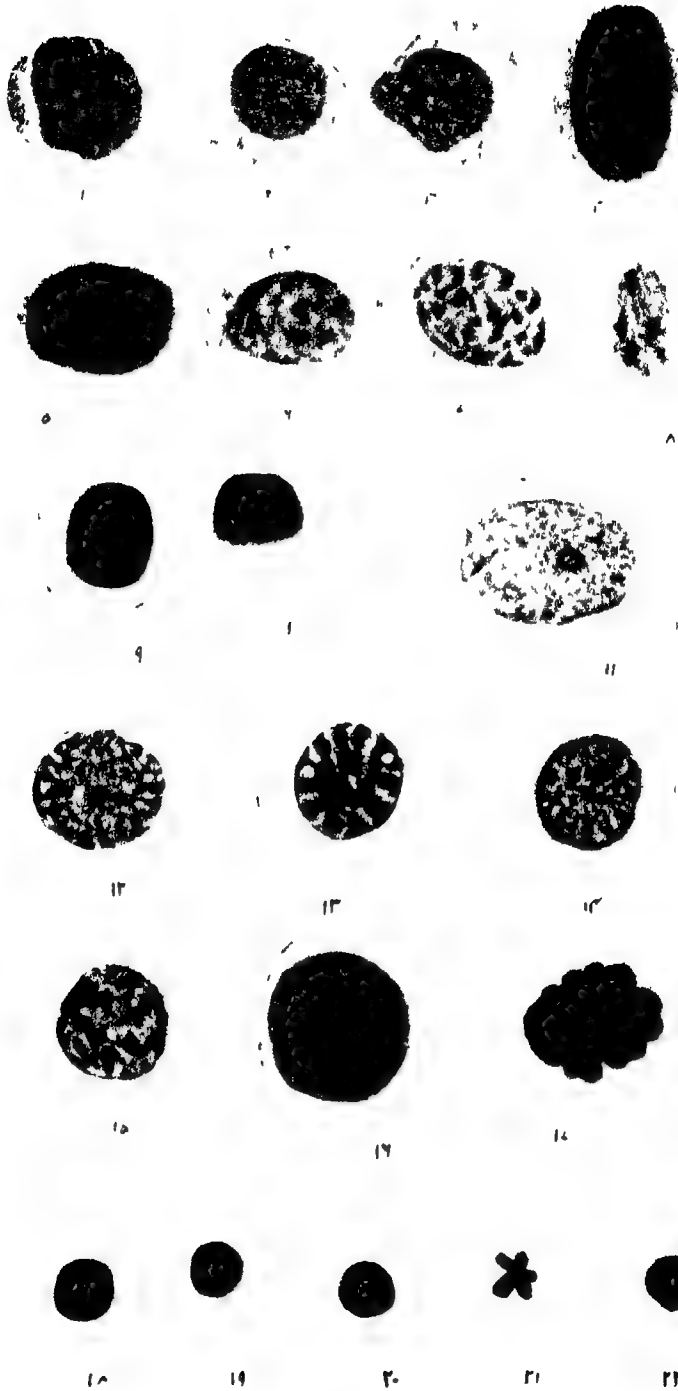
جیسات شمارہ ییاد موی شمار۔ یہ تھوما زیس (Thoma-Zeiss) یا برکر زیس (Burker-Zeiss) کے دموی خلیہ یا (haemocytometer) سے علم میں لایا جاتا ہے۔

اول الذکر ایک شیشہ کا شریکہ ہوتا ہے، جس میں ایک ”خانہ“ بنا ہوا ہوتا ہے جس کی گہرائی  $\frac{1}{16}$  ملی میٹر ہوتی ہے اور چوایچی تہ میں لکیروں کے ایسے مربعات رکھتا ہے جن کے اضلاع کی ناپ  $\frac{1}{16}$  ملی میٹر ہوتی ہے۔ پھر یہ مربعات لکیروں کے ذریعہ گھر کر ۱۶، ۱۶ چھوٹے مربعات کے گروہوں میں گروہ بند ہوتے ہیں۔ ایک مخصوص طرز کے بنے ہوئے نالیچہ میں خون کی ترقیق ۱۰۰ حصہ میں ایک حصہ کی حد تک، ایک مالج محلول (سوڈیم فاسفیٹ یا کلورائیڈ) سے کر لی جاتی ہے، جو جیسات کو مضرت نہیں پہنچاتا۔ اور پھر اس کا ایک قطرہ شریکہ پر کے ”خانے“ کے اندر رکھ کر اس پر ایک پتلا شیشہ محفوظ رکھ دیا جاتا ہے۔ جیسات مربعوں کے اندر تہ نشیں ہو جاتے ہیں، جن میں سے ہر مربع  $\frac{1}{16}$  کعب ملی میٹر کے برابر ہوتا ہے۔ سولہ سولہ مربعوں کے کئی گروہوں میں سرخ جیسات شمار کر لئے جاتے ہیں اور ان کی مجموعی تعداد کو ۱۰۰ سے (جو ترقیق ہے) اور ۱۰۰۰ سے (جو ہر چھوٹے مربع پر کے سیال کا حجم ہے) ضرب دیا جاتا ہے، اور حاصل ضرب کو شمار کردہ چھوٹے مربعوں کی تعداد سے تقسیم کر دیا جاتا ہے، جس سے ایک کعب ملی میٹر کے اندر کے جیسات کی تعداد حاصل ہو جاتی ہے۔ برکر (Burker) کے آلہ میں جو تھوما زیس کے آلہ سے بہتر ہے، شیشہ محفوظ کو سب سے پہلے شکنجوں کے ذریعہ سے جمالیا جاتا ہے اور پھر مرقق خون کو شعری کشش کے ذریعہ اندر داخل کیا جاتا ہے۔ برکر کا طریقہ ترقیق بھی بہت بہتر ہے، مگر یہ ابھی اس ملک (انگلستان) میں زیادہ مستعمل نہیں۔ ایک دوسرا نالیچہ ۹ فی صدی ایلینک ایسڈ کے ساتھ ۱۰ حصہ میں ایک حصہ کی حد تک ترقیق کرنے کے لئے ہے، جس سے سرخ جیسات غیر مرئی ہو جاتے ہیں۔

سرخ جیسات کی تعداد فی کعب ملی میٹر ذکر کے لئے ۵۰۰۰۰۰ اور اناٹ

کے لئے ۵۰۰۰۰۰ سمجھی جاتی ہے۔ درحقیقت لندن میں ذکر کے لئے اوسط ۵۴۲۰۰۰

ہے، اور جولانی کہ جس کے اندر تقریباً ۹ فی صدی طبی قسریں واقع ہوتی ہیں۔



نرسہ نواہ دار سرچ ملیات کی مختلف قسموں کی رنگیں تصویر۔ بیجے کی قطاریں پکی طبی ماہمات دکھائی دیتے ہیں بہت سے  
 ملیات میں متقد والواں پسندی اور نمبر ۲۲ میں نقطہ دار ارس پسندی ملاحظہ ہو۔ (ڈاکٹر اے۔ پانیئے نے اور اکرم  
 ایکے چھاپے کی اجارت عطا فرمائی ہے، رسالہ انضیات و جزئیات جلد ۲، ۱۰۳ جولائی ۱۹۲۳)۔  
 (الغالی صفحہ 428)

(۲۵ x معیاری انحراف) ۴۶۶۰۰۰۰ - ۶۱۹۰۰۰۰ ہے۔ اناٹ کے لئے اوسط ۵۰۱۰۰۰۰ اور حوالائی ۴۱۲۰۰۰۰ - ۵۹۱۰۰۰۰ ہے۔

لندن میں مردوں کے لئے اوسط ہیموگلوبن ۱۰۵ فی صدی ہے، جو کہ ۱۹۱۵ فی صدی آکسیجنی گنجائش اور ۱۴ گرام ہیموگلوبن کے متناظر ہے۔ جولائی کے اندر ۹۰ فی صدی طبی نتائج واقع ہوتے ہیں (۲۵ x معیاری انحراف) ۹۶ تا ۱۱۵ فی صدی ہے۔ عورتوں کے لئے اوسط ہیموگلوبن ۹۸ فی صدی اور جولائی ۸۷ - ۱۱۰ ہے۔ یہ بلند قدریں موٹروں کی وجہ سے کرہ ہوائی میں کاربن مانا کسائیڈ پیدا ہونے کا نتیجہ ہیں۔

جب مسیح کے وقت شمار کیا جائے تو سپید خلیات کی تعداد ۴۰۰۰ تا ۹۰۰۰ فی مکعب ملی میٹر ہوتی ہے۔ اعظم تعداد ۱۲۰۰۰ دو پہر کے وقت ہوتی ہے (ملاحظہ ہو صفحہ ۷۲۷)۔

لوحہ شماری۔ سوڈیم سائٹریٹ کے ۲۵ فی صدی محلول کا ایک قطرہ انگلی پر رکھ کر اس قطرے میں سے انگلی کو چھو یا جاتا ہے جس سے خون اس قطرے میں پھیل جاتا ہے۔ مخلوط خون اور سائٹریٹ کا ساڑھ حالت میں خردین سے معائنہ کیا جاتا ہے اور شیشہ محافظ کے گرد ویسلیمن سے حلقہ بنا دیا جاتا ہے کہ وہ خشک نہ ہوئے پائے۔ اگر سرخ خلیوں کی فی مکعب ملی میٹر تعداد معلوم ہو تو خلیوں کی تعداد فلم کے اندر ان دونوں کی نسبت کی بنا پر متعین کی جاسکتی ہے۔ طبی تعداد ۲۰۰۰۰۰ اور ۵۰۰۰۰۰ کے درمیان اختلاف پذیر ہوتی ہے۔

ہیموگلوبن کی تخمینیں۔ سردی اغراض کے لئے بالڈین کا ہیموگلوبن پیمائش استعمال کرنا بہتر ہے۔ اس میں دو آبوبات ہوتے ہیں۔ ان میں سے ایک میں جو معیار ہے قہبی خون کا ایک فی صدی محلول موجود ہوتا ہے جو کاربونیٹ آکسائیڈ (carbonic oxide) سے سیر شدہ اور سیلیانی ہر کے ذریعہ بند ہوتا ہے۔ دوسرا نمونہ ۱۰۰ درجوں میں تقسیم کیا ہوا ہوتا ہے اور اس میں خون کی ایک نالی ہوتی مقدار کی ترقیق کی جاتی ہے یہاں تک کہ اگر اس کو کولہ گیس سے سیر شدہ کیا جائے (جن سے تمام ہیموگلوبن کاربائیٹ ہیموگلوبن: CO-haemoglobin میں بدل

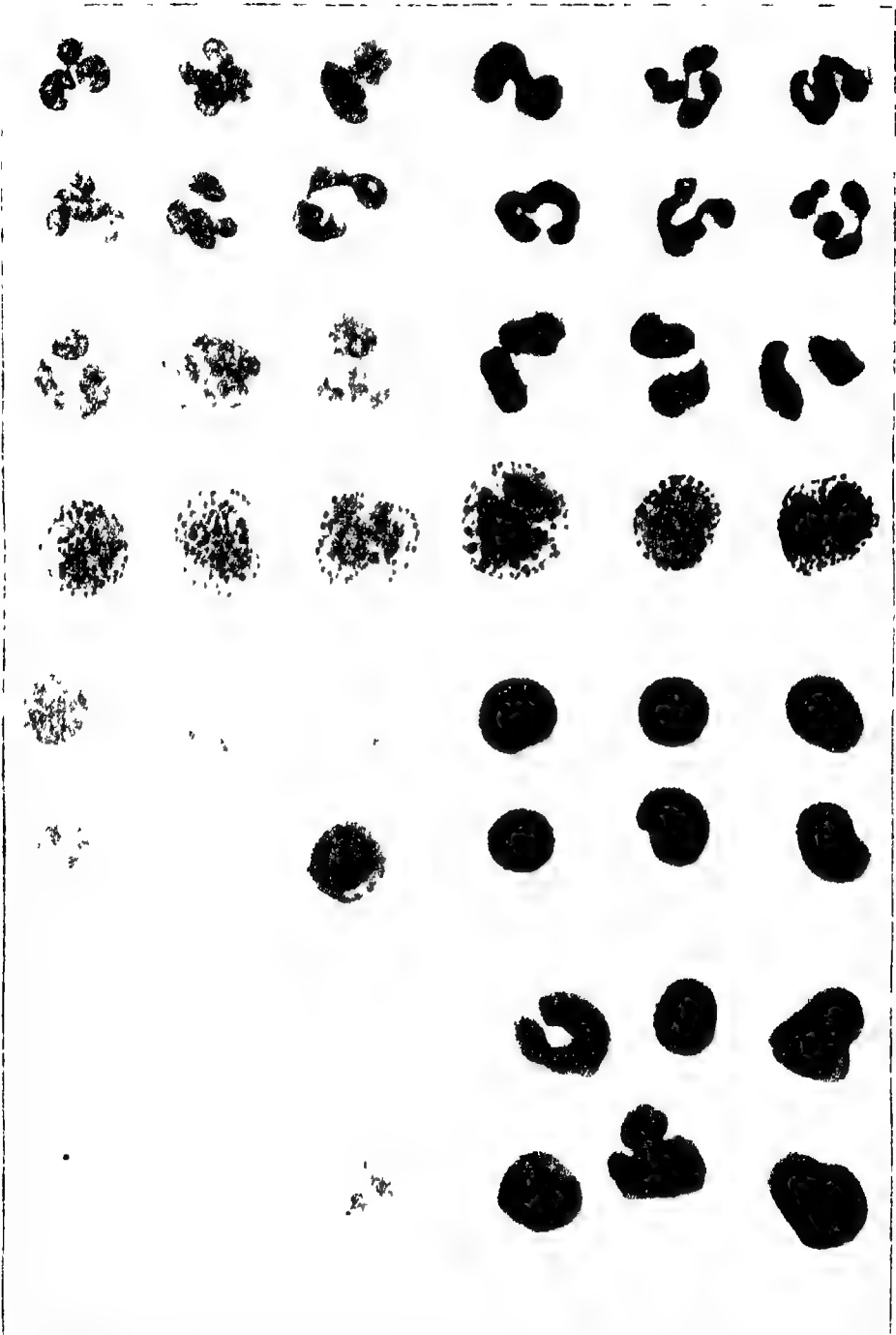


## طبعی خون

پیشانی

جیمز کارنگ

کثیر الاشکال نواقی سپید علیات	
ایوسین پسند خلیے	
مستولی خلیے	
لمنی خلیے	
برے یک نواقی خلیے	
سرخ خلیے	



# غیر طبی خون

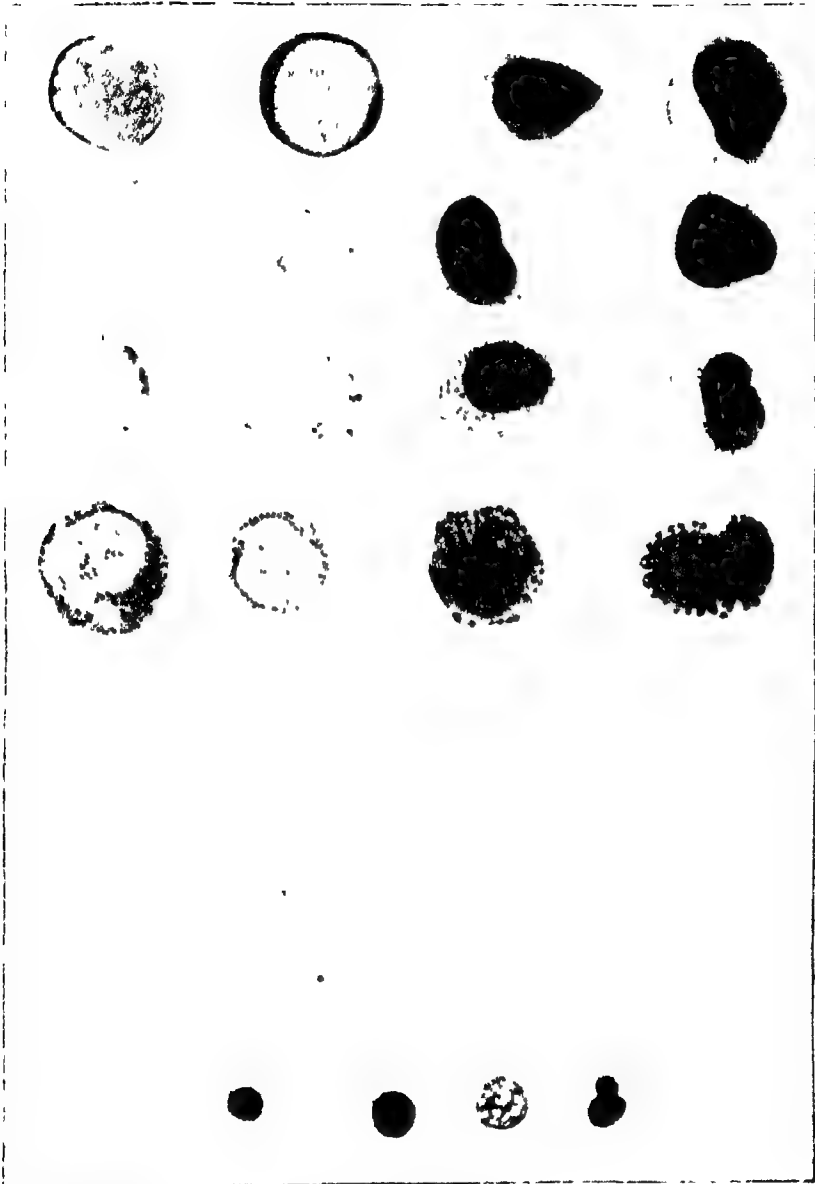
لیٹن کارنگ

جیمز کارنگ

لیٹیٹا ہضات	
ذراتی	لیٹیٹا ہضات
ایوسین پینڈ	لیٹیٹا ہضات
اساس پینڈ	لیٹیٹا ہضات

جیمز کارنگ

بو قلموں خلویت
خلوی لاتسادی
متعد لوان پذیرا
نقطہ دار اساس پسندی
نات و داسخ غلبے



جاتی ہے، تو وہ معیار کے رنگ کا مقابلہ کرتا ہے۔ ایسی حالت میں پیمانہ پرکا وہ عدد کہ جہاں تک محلول پہنچا ہے، ہیموگلوبن کی فی صدی مقدار ظاہر کرتا ہے۔ ڈیر (Dare) کے ہیموگلوبن پیماس کے پیمانہ کا معیار وہی ہے جو کہ بالڈین کے آلہ کا ہے۔ لیکن دوسرے آلات کے پیمانوں کا معیار اس سے مختلف ہوتا ہے۔ قوت نمائے لون (colour index) - مختلف دموی امراض میں جسیمات کے اندر ہیموگلوبن کا ارتیکاز کی قدر اختلاف ظاہر کرتا ہے۔ لیکن جسیمات کی جسامت اس سے بہت زیادہ اختلاف ظاہر کرتی ہے۔ اگر انفرادی جسیمات معمول کے نسبت چھوٹے ہوں تو ہیموگلوبن کی فی صدی مقدار جسیمات کی فی صدی تعداد کے مقابلہ میں کم ہوتی ہے۔ جسیمات کی فی صدی تعداد کے ساتھ ہیموگلوبن کی فی صدی مقدار کی اس نسبت کو لونی قوت ہما کہتے ہیں، اور یہ اس لحاظ سے کہ خلیات معمول کے نسبت اوسط چھوٹے یا بڑے ہیں کم یا زیادہ ہو سکتا ہے (8)۔ چنانچہ اس وقت جب کہ ہیموگلوبن ۰.۴ فی صدی اور جسیمات ۰.۵ فی صدی ہوں تو لونی قوت نمائے یا ۰.۸ ہو تا ہے۔ لندن میں مردوں کے لئے اوسط لونی قوت نمائے ۰.۹ اور جولائی ۱۸۹۶ء - ۰.۶۱ ہے، اور عورتوں کے لئے اوسط ۰.۹ اور جولائی ۱۸۹۶ء - ۰.۸۱ ہے۔

جسیمات کا خوردبینی امتحان۔ اگرچہ ایک بے رنگی چوٹی فلم سے سرری تشخیص اکثر ہو سکتی ہے، تاہم معمولی طور پر رنگوں کو کام میں لانا چاہئے، مثلاً جینر (Jenner) یا لیشمان (Leishmann) کے رنگ۔ شبکی حنلیوں (reticulocytes) کے رنگنے کے لئے کریسائل بیو (cresyl blue) کے الکھلی محلول کو ایک گرم شریحہ پر بھاپ اوڑا کر خشک کر لینا چاہئے۔ اس صنف کے ساتھ خون کا ایک قطرہ ملا لیا جاتا ہے۔ پھر اسے پھیلا کر خشک ہونے دیا جاتا ہے اور ایک روغن غرق عدسہ (oil immersion lens) کے ذریعہ اس کا امتحان کیا جاتا ہے۔ مختلف جسامت اور مرض کی حالت میں کیے جاسکتے ہیں مخد ۲۲، ۲۳، ۲۴، ۲۵، ۲۶، ۲۷، ۲۸، ۲۹، ۳۰، ۳۱، ۳۲، ۳۳، ۳۴، ۳۵، ۳۶، ۳۷، ۳۸، ۳۹، ۴۰، ۴۱، ۴۲، ۴۳، ۴۴، ۴۵، ۴۶، ۴۷، ۴۸، ۴۹، ۵۰، ۵۱، ۵۲، ۵۳، ۵۴، ۵۵، ۵۶، ۵۷، ۵۸، ۵۹، ۶۰، ۶۱، ۶۲، ۶۳، ۶۴، ۶۵، ۶۶، ۶۷، ۶۸، ۶۹، ۷۰، ۷۱، ۷۲، ۷۳، ۷۴، ۷۵، ۷۶، ۷۷، ۷۸، ۷۹، ۸۰، ۸۱، ۸۲، ۸۳، ۸۴، ۸۵، ۸۶، ۸۷، ۸۸، ۸۹، ۹۰، ۹۱، ۹۲، ۹۳، ۹۴، ۹۵، ۹۶، ۹۷، ۹۸، ۹۹، ۱۰۰، ۱۰۱، ۱۰۲، ۱۰۳، ۱۰۴، ۱۰۵، ۱۰۶، ۱۰۷، ۱۰۸، ۱۰۹، ۱۱۰، ۱۱۱، ۱۱۲، ۱۱۳، ۱۱۴، ۱۱۵، ۱۱۶، ۱۱۷، ۱۱۸، ۱۱۹، ۱۲۰، ۱۲۱، ۱۲۲، ۱۲۳، ۱۲۴، ۱۲۵، ۱۲۶، ۱۲۷، ۱۲۸، ۱۲۹، ۱۳۰، ۱۳۱، ۱۳۲، ۱۳۳، ۱۳۴، ۱۳۵، ۱۳۶، ۱۳۷، ۱۳۸، ۱۳۹، ۱۴۰، ۱۴۱، ۱۴۲، ۱۴۳، ۱۴۴، ۱۴۵، ۱۴۶، ۱۴۷، ۱۴۸، ۱۴۹، ۱۵۰، ۱۵۱، ۱۵۲، ۱۵۳، ۱۵۴، ۱۵۵، ۱۵۶، ۱۵۷، ۱۵۸، ۱۵۹، ۱۶۰، ۱۶۱، ۱۶۲، ۱۶۳، ۱۶۴، ۱۶۵، ۱۶۶، ۱۶۷، ۱۶۸، ۱۶۹، ۱۷۰، ۱۷۱، ۱۷۲، ۱۷۳، ۱۷۴، ۱۷۵، ۱۷۶، ۱۷۷، ۱۷۸، ۱۷۹، ۱۸۰، ۱۸۱، ۱۸۲، ۱۸۳، ۱۸۴، ۱۸۵، ۱۸۶، ۱۸۷، ۱۸۸، ۱۸۹، ۱۹۰، ۱۹۱، ۱۹۲، ۱۹۳، ۱۹۴، ۱۹۵، ۱۹۶، ۱۹۷، ۱۹۸، ۱۹۹، ۲۰۰، ۲۰۱، ۲۰۲، ۲۰۳، ۲۰۴، ۲۰۵، ۲۰۶، ۲۰۷، ۲۰۸، ۲۰۹، ۲۱۰، ۲۱۱، ۲۱۲، ۲۱۳، ۲۱۴، ۲۱۵، ۲۱۶، ۲۱۷، ۲۱۸، ۲۱۹، ۲۲۰، ۲۲۱، ۲۲۲، ۲۲۳، ۲۲۴، ۲۲۵، ۲۲۶، ۲۲۷، ۲۲۸، ۲۲۹، ۲۳۰، ۲۳۱، ۲۳۲، ۲۳۳، ۲۳۴، ۲۳۵، ۲۳۶، ۲۳۷، ۲۳۸، ۲۳۹، ۲۴۰، ۲۴۱، ۲۴۲، ۲۴۳، ۲۴۴، ۲۴۵، ۲۴۶، ۲۴۷، ۲۴۸، ۲۴۹، ۲۵۰، ۲۵۱، ۲۵۲، ۲۵۳، ۲۵۴، ۲۵۵، ۲۵۶، ۲۵۷، ۲۵۸، ۲۵۹، ۲۶۰، ۲۶۱، ۲۶۲، ۲۶۳، ۲۶۴، ۲۶۵، ۲۶۶، ۲۶۷، ۲۶۸، ۲۶۹، ۲۷۰، ۲۷۱، ۲۷۲، ۲۷۳، ۲۷۴، ۲۷۵، ۲۷۶، ۲۷۷، ۲۷۸، ۲۷۹، ۲۸۰، ۲۸۱، ۲۸۲، ۲۸۳، ۲۸۴، ۲۸۵، ۲۸۶، ۲۸۷، ۲۸۸، ۲۸۹، ۲۹۰، ۲۹۱، ۲۹۲، ۲۹۳، ۲۹۴، ۲۹۵، ۲۹۶، ۲۹۷، ۲۹۸، ۲۹۹، ۳۰۰، ۳۰۱، ۳۰۲، ۳۰۳، ۳۰۴، ۳۰۵، ۳۰۶، ۳۰۷، ۳۰۸، ۳۰۹، ۳۱۰، ۳۱۱، ۳۱۲، ۳۱۳، ۳۱۴، ۳۱۵، ۳۱۶، ۳۱۷، ۳۱۸، ۳۱۹، ۳۲۰، ۳۲۱، ۳۲۲، ۳۲۳، ۳۲۴، ۳۲۵، ۳۲۶، ۳۲۷، ۳۲۸، ۳۲۹، ۳۳۰، ۳۳۱، ۳۳۲، ۳۳۳، ۳۳۴، ۳۳۵، ۳۳۶، ۳۳۷، ۳۳۸، ۳۳۹، ۳۴۰، ۳۴۱، ۳۴۲، ۳۴۳، ۳۴۴، ۳۴۵، ۳۴۶، ۳۴۷، ۳۴۸، ۳۴۹، ۳۵۰، ۳۵۱، ۳۵۲، ۳۵۳، ۳۵۴، ۳۵۵، ۳۵۶، ۳۵۷، ۳۵۸، ۳۵۹، ۳۶۰، ۳۶۱، ۳۶۲، ۳۶۳، ۳۶۴، ۳۶۵، ۳۶۶، ۳۶۷، ۳۶۸، ۳۶۹، ۳۷۰، ۳۷۱، ۳۷۲، ۳۷۳، ۳۷۴، ۳۷۵، ۳۷۶، ۳۷۷، ۳۷۸، ۳۷۹، ۳۸۰، ۳۸۱، ۳۸۲، ۳۸۳، ۳۸۴، ۳۸۵، ۳۸۶، ۳۸۷، ۳۸۸، ۳۸۹، ۳۹۰، ۳۹۱، ۳۹۲، ۳۹۳، ۳۹۴، ۳۹۵، ۳۹۶، ۳۹۷، ۳۹۸، ۳۹۹، ۴۰۰، ۴۰۱، ۴۰۲، ۴۰۳، ۴۰۴، ۴۰۵، ۴۰۶، ۴۰۷، ۴۰۸، ۴۰۹، ۴۱۰، ۴۱۱، ۴۱۲، ۴۱۳، ۴۱۴، ۴۱۵، ۴۱۶، ۴۱۷، ۴۱۸، ۴۱۹، ۴۲۰، ۴۲۱، ۴۲۲، ۴۲۳، ۴۲۴، ۴۲۵، ۴۲۶، ۴۲۷، ۴۲۸، ۴۲۹، ۴۳۰، ۴۳۱، ۴۳۲، ۴۳۳، ۴۳۴، ۴۳۵، ۴۳۶، ۴۳۷، ۴۳۸، ۴۳۹، ۴۴۰، ۴۴۱، ۴۴۲، ۴۴۳، ۴۴۴، ۴۴۵، ۴۴۶، ۴۴۷، ۴۴۸، ۴۴۹، ۴۵۰، ۴۵۱، ۴۵۲، ۴۵۳، ۴۵۴، ۴۵۵، ۴۵۶، ۴۵۷، ۴۵۸، ۴۵۹، ۴۶۰، ۴۶۱، ۴۶۲، ۴۶۳، ۴۶۴، ۴۶۵، ۴۶۶، ۴۶۷، ۴۶۸، ۴۶۹، ۴۷۰، ۴۷۱، ۴۷۲، ۴۷۳، ۴۷۴، ۴۷۵، ۴۷۶، ۴۷۷، ۴۷۸، ۴۷۹، ۴۸۰، ۴۸۱، ۴۸۲، ۴۸۳، ۴۸۴، ۴۸۵، ۴۸۶، ۴۸۷، ۴۸۸، ۴۸۹، ۴۹۰، ۴۹۱، ۴۹۲، ۴۹۳، ۴۹۴، ۴۹۵، ۴۹۶، ۴۹۷، ۴۹۸، ۴۹۹، ۵۰۰، ۵۰۱، ۵۰۲، ۵۰۳، ۵۰۴، ۵۰۵، ۵۰۶، ۵۰۷، ۵۰۸، ۵۰۹، ۵۱۰، ۵۱۱، ۵۱۲، ۵۱۳، ۵۱۴، ۵۱۵، ۵۱۶، ۵۱۷، ۵۱۸، ۵۱۹، ۵۲۰، ۵۲۱، ۵۲۲، ۵۲۳، ۵۲۴، ۵۲۵، ۵۲۶، ۵۲۷، ۵۲۸، ۵۲۹، ۵۳۰، ۵۳۱، ۵۳۲، ۵۳۳، ۵۳۴، ۵۳۵، ۵۳۶، ۵۳۷، ۵۳۸، ۵۳۹، ۵۴۰، ۵۴۱، ۵۴۲، ۵۴۳، ۵۴۴، ۵۴۵، ۵۴۶، ۵۴۷، ۵۴۸، ۵۴۹، ۵۵۰، ۵۵۱، ۵۵۲، ۵۵۳، ۵۵۴، ۵۵۵، ۵۵۶، ۵۵۷، ۵۵۸، ۵۵۹، ۵۶۰، ۵۶۱، ۵۶۲، ۵۶۳، ۵۶۴، ۵۶۵، ۵۶۶، ۵۶۷، ۵۶۸، ۵۶۹، ۵۷۰، ۵۷۱، ۵۷۲، ۵۷۳، ۵۷۴، ۵۷۵، ۵۷۶، ۵۷۷، ۵۷۸، ۵۷۹، ۵۸۰، ۵۸۱، ۵۸۲، ۵۸۳، ۵۸۴، ۵۸۵، ۵۸۶، ۵۸۷، ۵۸۸، ۵۸۹، ۵۹۰، ۵۹۱، ۵۹۲، ۵۹۳، ۵۹۴، ۵۹۵، ۵۹۶، ۵۹۷، ۵۹۸، ۵۹۹، ۶۰۰، ۶۰۱، ۶۰۲، ۶۰۳، ۶۰۴، ۶۰۵، ۶۰۶، ۶۰۷، ۶۰۸، ۶۰۹، ۶۱۰، ۶۱۱، ۶۱۲، ۶۱۳، ۶۱۴، ۶۱۵، ۶۱۶، ۶۱۷، ۶۱۸، ۶۱۹، ۶۲۰، ۶۲۱، ۶۲۲، ۶۲۳، ۶۲۴، ۶۲۵، ۶۲۶، ۶۲۷، ۶۲۸، ۶۲۹، ۶۳۰، ۶۳۱، ۶۳۲، ۶۳۳، ۶۳۴، ۶۳۵، ۶۳۶، ۶۳۷، ۶۳۸، ۶۳۹، ۶۴۰، ۶۴۱، ۶۴۲، ۶۴۳، ۶۴۴، ۶۴۵، ۶۴۶، ۶۴۷، ۶۴۸، ۶۴۹، ۶۵۰، ۶۵۱، ۶۵۲، ۶۵۳، ۶۵۴، ۶۵۵، ۶۵۶، ۶۵۷، ۶۵۸، ۶۵۹، ۶۶۰، ۶۶۱، ۶۶۲، ۶۶۳، ۶۶۴، ۶۶۵، ۶۶۶، ۶۶۷، ۶۶۸، ۶۶۹، ۶۷۰، ۶۷۱، ۶۷۲، ۶۷۳، ۶۷۴، ۶۷۵، ۶۷۶، ۶۷۷، ۶۷۸، ۶۷۹، ۶۸۰، ۶۸۱، ۶۸۲، ۶۸۳، ۶۸۴، ۶۸۵، ۶۸۶، ۶۸۷، ۶۸۸، ۶۸۹، ۶۹۰، ۶۹۱، ۶۹۲، ۶۹۳، ۶۹۴، ۶۹۵، ۶۹۶، ۶۹۷، ۶۹۸، ۶۹۹، ۷۰۰، ۷۰۱، ۷۰۲، ۷۰۳، ۷۰۴، ۷۰۵، ۷۰۶، ۷۰۷، ۷۰۸، ۷۰۹، ۷۱۰، ۷۱۱، ۷۱۲، ۷۱۳، ۷۱۴، ۷۱۵، ۷۱۶، ۷۱۷، ۷۱۸، ۷۱۹، ۷۲۰، ۷۲۱، ۷۲۲، ۷۲۳، ۷۲۴، ۷۲۵، ۷۲۶، ۷۲۷، ۷۲۸، ۷۲۹، ۷۳۰، ۷۳۱، ۷۳۲، ۷۳۳، ۷۳۴، ۷۳۵، ۷۳۶، ۷۳۷، ۷۳۸، ۷۳۹، ۷۴۰، ۷۴۱، ۷۴۲، ۷۴۳، ۷۴۴، ۷۴۵، ۷۴۶، ۷۴۷، ۷۴۸، ۷۴۹، ۷۵۰، ۷۵۱، ۷۵۲، ۷۵۳، ۷۵۴، ۷۵۵، ۷۵۶، ۷۵۷، ۷۵۸، ۷۵۹، ۷۶۰، ۷۶۱، ۷۶۲، ۷۶۳، ۷۶۴، ۷۶۵، ۷۶۶، ۷۶۷، ۷۶۸، ۷۶۹، ۷۷۰، ۷۷۱، ۷۷۲، ۷۷۳، ۷۷۴، ۷۷۵، ۷۷۶، ۷۷۷، ۷۷۸، ۷۷۹، ۷۸۰، ۷۸۱، ۷۸۲، ۷۸۳، ۷۸۴، ۷۸۵، ۷۸۶، ۷۸۷، ۷۸۸، ۷۸۹، ۷۹۰، ۷۹۱، ۷۹۲، ۷۹۳، ۷۹۴، ۷۹۵، ۷۹۶، ۷۹۷، ۷۹۸، ۷۹۹، ۸۰۰، ۸۰۱، ۸۰۲، ۸۰۳، ۸۰۴، ۸۰۵، ۸۰۶، ۸۰۷، ۸۰۸، ۸۰۹، ۸۱۰، ۸۱۱، ۸۱۲، ۸۱۳، ۸۱۴، ۸۱۵، ۸۱۶، ۸۱۷، ۸۱۸، ۸۱۹، ۸۲۰، ۸۲۱، ۸۲۲، ۸۲۳، ۸۲۴، ۸۲۵، ۸۲۶، ۸۲۷، ۸۲۸، ۸۲۹، ۸۳۰، ۸۳۱، ۸۳۲، ۸۳۳، ۸۳۴، ۸۳۵، ۸۳۶، ۸۳۷، ۸۳۸، ۸۳۹، ۸۴۰، ۸۴۱، ۸۴۲، ۸۴۳، ۸۴۴، ۸۴۵، ۸۴۶، ۸۴۷، ۸۴۸، ۸۴۹، ۸۵۰، ۸۵۱، ۸۵۲، ۸۵۳، ۸۵۴، ۸۵۵، ۸۵۶، ۸۵۷، ۸۵۸، ۸۵۹، ۸۶۰، ۸۶۱، ۸۶۲، ۸۶۳، ۸۶۴، ۸۶۵، ۸۶۶، ۸۶۷، ۸۶۸، ۸۶۹، ۸۷۰، ۸۷۱، ۸۷۲، ۸۷۳، ۸۷۴، ۸۷۵، ۸۷۶، ۸۷۷، ۸۷۸، ۸۷۹، ۸۸۰، ۸۸۱، ۸۸۲، ۸۸۳، ۸۸۴، ۸۸۵، ۸۸۶، ۸۸۷، ۸۸۸، ۸۸۹، ۸۹۰، ۸۹۱، ۸۹۲، ۸۹۳، ۸۹۴، ۸۹۵، ۸۹۶، ۸۹۷، ۸۹۸، ۸۹۹، ۹۰۰، ۹۰۱، ۹۰۲، ۹۰۳، ۹۰۴، ۹۰۵، ۹۰۶، ۹۰۷، ۹۰۸، ۹۰۹، ۹۱۰، ۹۱۱، ۹۱۲، ۹۱۳، ۹۱۴، ۹۱۵، ۹۱۶، ۹۱۷، ۹۱۸، ۹۱۹، ۹۲۰، ۹۲۱، ۹۲۲، ۹۲۳، ۹۲۴، ۹۲۵، ۹۲۶، ۹۲۷، ۹۲۸، ۹۲۹، ۹۳۰، ۹۳۱، ۹۳۲، ۹۳۳، ۹۳۴، ۹۳۵، ۹۳۶، ۹۳۷، ۹۳۸، ۹۳۹، ۹۴۰، ۹۴۱، ۹۴۲، ۹۴۳، ۹۴۴، ۹۴۵، ۹۴۶، ۹۴۷، ۹۴۸، ۹۴۹، ۹۵۰، ۹۵۱، ۹۵۲، ۹۵۳، ۹۵۴، ۹۵۵، ۹۵۶، ۹۵۷، ۹۵۸، ۹۵۹، ۹۶۰، ۹۶۱، ۹۶۲، ۹۶۳، ۹۶۴، ۹۶۵، ۹۶۶، ۹۶۷، ۹۶۸، ۹۶۹، ۹۷۰، ۹۷۱، ۹۷۲، ۹۷۳، ۹۷۴، ۹۷۵، ۹۷۶، ۹۷۷، ۹۷۸، ۹۷۹، ۹۸۰، ۹۸۱، ۹۸۲، ۹۸۳، ۹۸۴، ۹۸۵، ۹۸۶، ۹۸۷، ۹۸۸، ۹۸۹، ۹۹۰، ۹۹۱، ۹۹۲، ۹۹۳، ۹۹۴، ۹۹۵، ۹۹۶، ۹۹۷، ۹۹۸، ۹۹۹، ۱۰۰۰، ۱۰۰۱، ۱۰۰۲، ۱۰۰۳، ۱۰۰۴، ۱۰۰۵، ۱۰۰۶، ۱۰۰۷، ۱۰۰۸، ۱۰۰۹، ۱۰۱۰، ۱۰۱۱، ۱۰۱۲، ۱۰۱۳، ۱۰۱۴، ۱۰۱۵، ۱۰۱۶، ۱۰۱۷، ۱۰۱۸، ۱۰۱۹، ۱۰۲۰، ۱۰۲۱، ۱۰۲۲، ۱۰۲۳، ۱۰۲۴، ۱۰۲۵، ۱۰۲۶، ۱۰۲۷، ۱۰۲۸، ۱۰۲۹، ۱۰۳۰، ۱۰۳۱، ۱۰۳۲، ۱۰۳۳، ۱۰۳۴، ۱۰۳۵، ۱۰۳۶، ۱۰۳۷، ۱۰۳۸، ۱۰۳۹، ۱۰۴۰، ۱۰۴۱، ۱۰۴۲، ۱۰۴۳، ۱۰۴۴، ۱۰۴۵، ۱۰۴۶، ۱۰۴۷، ۱۰۴۸، ۱۰۴۹، ۱۰۵۰، ۱۰۵۱، ۱۰۵۲، ۱۰۵۳، ۱۰۵۴، ۱۰۵۵، ۱۰۵۶، ۱۰۵۷، ۱۰۵۸، ۱۰۵۹، ۱۰۶۰، ۱۰۶۱، ۱۰۶۲، ۱۰۶۳، ۱۰۶۴، ۱۰۶۵، ۱۰۶۶، ۱۰۶۷، ۱۰۶۸، ۱۰۶۹، ۱۰۷۰، ۱۰۷۱، ۱۰۷۲، ۱۰۷۳، ۱۰۷۴، ۱۰۷۵، ۱۰۷۶، ۱۰۷۷، ۱۰۷۸، ۱۰۷۹، ۱۰۸۰، ۱۰۸۱، ۱۰۸۲، ۱۰۸۳، ۱۰۸۴، ۱۰۸۵، ۱۰۸۶، ۱۰۸۷، ۱۰۸۸، ۱۰۸۹، ۱۰۹۰، ۱۰۹۱، ۱۰۹۲، ۱۰۹۳، ۱۰۹۴، ۱۰۹۵، ۱۰۹۶، ۱۰۹۷، ۱۰۹۸، ۱۰۹۹، ۱۱۰۰، ۱۱۰۱، ۱۱۰۲، ۱۱۰۳، ۱۱۰۴، ۱۱۰۵، ۱۱۰۶، ۱۱۰۷، ۱۱۰۸، ۱۱۰۹، ۱۱۱۰، ۱۱۱۱، ۱۱۱۲، ۱۱۱۳، ۱۱۱۴، ۱۱۱۵، ۱۱۱۶، ۱۱۱۷، ۱۱۱۸، ۱۱۱۹، ۱۱۲۰، ۱۱۲۱، ۱۱۲۲، ۱۱۲۳، ۱۱۲۴، ۱۱۲۵، ۱۱۲۶، ۱۱۲۷، ۱۱۲۸، ۱۱۲۹، ۱۱۳۰، ۱۱۳۱، ۱۱۳۲، ۱۱۳۳، ۱۱۳۴، ۱۱۳۵، ۱۱۳۶، ۱۱۳۷، ۱۱۳۸، ۱۱۳۹، ۱۱۴۰، ۱۱۴۱، ۱۱۴۲، ۱۱۴۳، ۱۱۴۴، ۱۱۴۵، ۱۱۴۶، ۱۱۴۷، ۱۱۴۸، ۱۱۴۹، ۱۱۵۰، ۱۱۵۱، ۱۱۵۲، ۱۱۵۳، ۱۱۵۴، ۱۱۵۵، ۱۱۵۶، ۱۱۵۷، ۱۱۵۸، ۱۱۵۹، ۱۱۶۰، ۱۱۶۱، ۱۱۶۲، ۱۱۶۳، ۱۱۶۴، ۱۱۶۵، ۱۱۶۶، ۱۱۶۷، ۱۱۶۸، ۱۱۶۹، ۱۱۷۰، ۱۱۷۱، ۱۱۷۲، ۱۱۷۳، ۱۱۷۴، ۱۱۷۵، ۱۱۷۶، ۱۱۷۷، ۱۱۷۸، ۱۱۷۹، ۱۱۸۰، ۱۱۸۱، ۱۱۸۲، ۱۱۸۳، ۱۱۸۴، ۱۱۸۵، ۱۱۸۶، ۱۱۸۷، ۱۱۸۸، ۱۱۸۹، ۱۱۹۰، ۱۱۹۱، ۱۱۹۲، ۱۱۹۳، ۱۱۹۴، ۱۱۹۵، ۱۱۹۶، ۱۱۹۷، ۱۱۹۸، ۱۱۹۹، ۱۲۰۰، ۱۲۰۱، ۱۲۰۲، ۱۲۰۳، ۱۲۰۴، ۱۲۰۵، ۱۲۰۶، ۱۲۰۷، ۱۲۰۸، ۱۲۰۹، ۱۲۱۰، ۱۲۱۱، ۱۲۱۲، ۱۲۱۳، ۱۲۱۴، ۱۲۱۵، ۱۲۱۶، ۱۲۱۷، ۱۲۱۸، ۱۲۱۹، ۱۲۲۰، ۱۲۲۱، ۱۲۲۲، ۱۲۲۳، ۱۲۲۴، ۱۲۲۵، ۱۲۲۶، ۱۲۲۷، ۱۲۲۸، ۱۲۲۹، ۱۲۳۰، ۱۲۳۱، ۱۲۳۲، ۱۲۳۳، ۱۲۳۴، ۱۲۳۵، ۱۲۳۶، ۱۲۳۷، ۱۲۳۸، ۱۲۳۹، ۱۲۴۰، ۱۲۴۱، ۱۲۴۲، ۱۲۴۳، ۱۲۴۴، ۱۲۴۵، ۱۲۴۶، ۱۲۴۷، ۱۲۴۸، ۱۲۴۹، ۱۲۵۰، ۱۲۵۱، ۱۲۵۲، ۱۲۵۳، ۱۲۵۴، ۱۲۵۵، ۱۲۵۶، ۱۲۵۷، ۱۲۵۸، ۱۲۵۹، ۱۲۶۰، ۱۲۶۱، ۱۲۶۲، ۱۲۶۳، ۱۲۶۴، ۱۲۶۵، ۱۲۶۶، ۱۲۶۷، ۱۲۶۸، ۱۲۶۹، ۱۲۷۰، ۱۲۷۱، ۱۲۷۲، ۱۲۷۳، ۱۲۷۴، ۱۲۷۵، ۱۲۷۶، ۱۲۷۷، ۱۲۷۸، ۱۲۷۹، ۱۲۸۰، ۱۲۸۱، ۱۲۸۲، ۱۲۸۳، ۱۲۸۴، ۱۲۸۵، ۱۲۸۶، ۱۲۸۷، ۱۲۸۸، ۱۲۸۹، ۱۲۹۰، ۱۲۹۱، ۱۲۹۲، ۱۲۹۳، ۱۲۹۴، ۱۲۹۵، ۱۲۹۶، ۱۲۹۷، ۱۲۹۸، ۱۲۹۹، ۱۳۰۰، ۱۳۰۱، ۱۳۰۲، ۱۳۰۳، ۱۳۰۴، ۱۳۰۵، ۱۳۰۶، ۱۳۰۷، ۱۳۰۸، ۱۳۰۹، ۱۳۱۰، ۱۳۱۱، ۱۳۱۲، ۱۳۱۳، ۱۳۱۴، ۱۳۱۵، ۱۳۱۶، ۱۳۱۷، ۱۳۱۸، ۱۳۱۹، ۱۳۲۰، ۱۳۲۱، ۱۳۲۲، ۱۳۲۳، ۱۳۲۴، ۱۳۲۵، ۱۳۲۶، ۱۳۲۷، ۱۳۲۸، ۱۳۲۹، ۱۳۳۰، ۱۳۳۱، ۱۳۳۲، ۱۳۳۳، ۱۳۳۴، ۱۳۳۵، ۱۳۳۶، ۱۳۳۷، ۱۳۳۸، ۱۳۳۹، ۱۳۴۰، ۱۳۴۱، ۱۳۴۲، ۱۳۴۳، ۱۳۴۴، ۱۳۴۵، ۱۳۴۶، ۱۳۴۷، ۱۳۴۸، ۱۳۴۹، ۱۳۵۰، ۱۳۵۱، ۱۳۵۲، ۱۳۵۳، ۱۳۵۴، ۱۳۵۵، ۱۳۵۶، ۱۳۵۷، ۱۳۵۸، ۱۳۵۹، ۱۳۶۰، ۱۳۶۱، ۱۳۶۲، ۱۳۶۳، ۱۳۶۴، ۱۳۶۵، ۱۳۶۶، ۱۳۶۷، ۱۳۶۸، ۱۳۶۹، ۱۳۷۰، ۱۳۷۱، ۱۳۷۲، ۱۳۷۳، ۱۳۷۴، ۱۳۷۵، ۱۳۷۶، ۱۳۷۷، ۱۳۷۸، ۱۳۷۹، ۱۳۸۰، ۱۳۸۱، ۱۳۸۲، ۱۳۸۳، ۱۳۸۴، ۱۳

(megalocytes) بن کا قطرہ تباہا ملے ہوتا ہے۔ سرخ جسیمات کی جامت کی عدم حملہا کو خلوی لا تساوی (anisocytosis) کہتے ہیں۔ مزید برآں بد شکل، متوج، اکثر ناسپاتی ناجسیمات ہوتے ہیں، جن کو بوقلموں خلیات (poikilocytes) کہتے ہیں۔ جسیمات کے ٹکڑوں کو شقوقی خلیے (schizocytes) کہتے ہیں۔ نوات دا سرخ خلیوں (ناہضات احمر = erythroblasts) کی تقسیم ان کی جامت کے لحاظ کو ناہضات طبجی (normoblasts)، خورد ناہضات (microblasts)، کبیر ناہضات (megablasts) میں کی گئی ہے، اور بوقلموں ناہضات (poikiloblasts) بھی واقع ہوتے ہیں۔

نوات دار سرخ خلیے طبی طور پر لب عظام میں ہوتے ہیں۔ خون کے اندر ان کی موجودگی سے لب عظام میں ان کی زیادہ پیدائش ظاہر ہوتی ہے۔ ناہضات احمر کے اشتقاق سے آزاد نوات دیکھے جاسکتے ہیں۔ شبکی خلیے (reticulocytes) وہ سرخ خلیے ہیں، جن میں ایک اساس پند شبکہ موجود ہوتا ہے۔ وہ تلف عدم دمویت کی شفا یابی کے ابتدائی درجے میں دیکھنے میں آتے ہیں (ملاحظہ ہو صفحہ ۲۶، صفحہ 438)۔ متعادل الوان پذیر یوی (polychromasia) شبکی خلویت کے لئے ایک دوسرا نام ہے۔ نقطے دار اساس پسندی (punctate basophilia) یا سرخ خلیوں کی داغ داری (stippling) بھی اس سے ملتی جلتی حالت ہے، جس پر رصاصی تسخ (lead poisoning) کے تحت مزید غور کیا گیا ہے۔ امراخلیہ (metrocyte) دا ناہض کبیر (megablast) ہے، جس کا نوات بالواسطہ انقسام کے امارات ظاہر کرتا ہے۔

سپیڈ خیا (leucocytes)۔ سپیڈ خلیے جن کی کئی اقسام ہیں، دو گروہوں میں منقسم ہیں: ۱۔ سفید خلیے جنکو بعض اوقات سفید گوں (leucoid) یعنی کثیر الاشکال نواتی (polymorphonuclear) خلیے کہتے ہیں، جن کے خلیہ مایہ میں ترشہ سے رنگ قبول کرنے والے چھوٹے ذرات ہوتے ہیں اور جن کا متغیر نوات ہوتا ہے۔ ایوسین پسند (eosinophil) خلیے، جن میں موٹے ذرات اور نعل کی شکل کا نوات ہوتا ہے۔ اور مستولی خلیات (mast cells) جن کے ذرات ارغوانی رنگ قبول کرتے ہیں۔

اور نوات خفیف طور پر اساس پسند ہوتا ہے۔ (۲) غیر ذراتی، یا لمف آسکا (lymphoid) خلیے، یعنی چھوٹے اور بڑے لمفی خلیے (lymphocytes) جن کا نوات چھوٹا، گول، قوی طور پر اساس پسند ہوتا ہے، اور خلیہ مایہ تھوڑا جو صرف خفیف سارنگ قبول کرتا ہے، اور بڑے یا نواتی (large mononuclear) یا نرجا جی خلیے (hyaline cells) یا ایک نواتی خلیے (monocytes) جیسا کہ اب عموماً اُن کو کہتے ہیں، جن کا نوات اور خلیہ مایہ خفیف سارنگ قبول کرتا ہے بعض اوقات ان خلیوں میں ایک نسل کی شکل کا نوات ہوتا ہے، اور چونکہ یہ کثیر الاشکال نواتی خلیوں اور لمف آسکلیوں کی درمیانی کڑی سمجھے جاتے ہیں، لہذا ان کو برزخی خلیات (transitional cells) کہتے ہیں، لیکن یہ سمجھنا صحیح نہیں ہے لہذا اس اصطلاح سے احتراز لازم ہے۔ ایک نواتی خلیوں کو کلاں آکلات (macrophages) بھی کہتے ہیں، اور کثیر الاشکال خلیوں کو خود آکلات (microphages) بھی کہتے ہیں۔ ایوسین پسند خلیے بھی اکال خلیات ہوتے ہیں۔ یہ سب خلیے آبیانی حرکت ظاہر کرتے ہیں۔ تفریقی شمار کو فی صدی کے طور پر ہر گز ظاہر نہیں کرنا چاہئے، بلکہ ہمیشہ یہ بتلانا چاہئے کہ ایک مخصوص قسم کے خلیہ کی فی کعب ملی میٹر کیا تعداد ہے، اور اسی واسطے سپید خلیوں کا مجموعی شمار بھی خون کے اُسی نمونہ پر سے کرنا چاہئے، جو تفریقی شمار کے لئے کام میں لایا گیا ہے۔ کثیر الاشکال خلیوں اور لمفی خلیوں کے اختلاف کی وجہ سے سپید خلیوں کے روزانہ دودہ و جزر ہوا کرتے ہیں۔ اُن کی اقل تعدادیں ۱۰ بجے صبح ۱۲ بجے دن اور ۹ بجے شب سے ۱۱ بجے رات تک ہوا کرتی ہیں۔ اور اعظم تعدادیں ایک بجے دن سے ۵ بجے شام تک اور ۱۱ بجے رات سے ۵ بجے صبح تک ہوا کرتی ہیں۔ ان کا غذا سے کوئی تعلق نہیں ہوتا۔ اسی واسطے اُن کا وقت ہمیشہ نوٹ کر لینا چاہئے۔

### تفریقی شمار (بالغ مرد، ۲۰ تا ۴۰ سال)

تعداد فی کعب ملی میٹر

تقریبی ٹاپ فی صدی

۱۰۰ بجے صبح - دوپہر

اعظم ۲۰۰۰ اقل ۱۰۰۰

کثیر الاشکال نواتی خلیے ۱۰ تا ۱۷ ملر ۵۵ - ۷۰

تقریباً پانچ فی صد کا تعداد فی کعب فی میٹر

۱۰ تا ۱۰۰ بجے صبح - دوپہر

اعظم - اقل - اعظم

۱۲ تا ۱۸ ملل ۲۰ - ۲۵ ۳۰۰۰ ۱۵۰۰ ۴۳۰۰

لمفی خلیے

۲۰ تا ۲۵ ملل ۵ - ۲۰ ۶۰۰ ۲۰۰

ایک نواتی خلیے

۱۳ تا ۱۸ ملل ۲ - ۶ ۲۰۰ ۲۰

ایوسین پسند خلیے

۱۲ تا ۱۸ ملل چند ۱۰۰

مستولی خلیے

طبی تفریقی شمار کے حدود ۵۰ شماروں کے ان اعداد سے ضبط کئے گئے ہیں جو کہ پروفیسر براؤن نے  
نے ازراہ کرم ارسال فرمائے ہیں۔

بعض امراض میں خون کے اندر غیر طبیعی سپید خلیات پائے جاتے ہیں۔ اولاً انخلا  
یا فتنہ خلیے ہوتے ہیں جن کے خلیہ مایہ میں خالیے ہوتے ہیں اور جن کے نواتوں کی لمبائی ٹھیک  
طور پر نہیں ہوتی۔ دوم مختلف غیر پختہ خلیے ہوتے ہیں جو لب عظام سے ماخوذ ہوتے ہیں  
اور جو عموماً لبتی خلیوں (myelocytes) کے نام سے مشہور ہیں۔ لبتی ناھض  
(myeloblast) ایک بڑا اولی خلیہ (۱۰ - ۲۰ ملل) ہے جو لب عظام کے مغز قی خلیے  
سے پیدا ہوتا ہے۔ اس کا نوات بڑا ہوتا ہے، نحیف مارنگ قبول کرنے والا ہوتا ہے،  
اور ایک گہرا رنگ قبول کرنے والے خلیہ مایہ کے بند سے گھرا ہوا ہوتا ہے۔ بعد  
لبتی ناھض (metamyeloblast) جو اس کے بعد کا درجہ نمونہ ہے، سابق الذکر  
خلیہ سے مشابہ ہوتا ہے، لیکن اس کے خلیہ مایہ میں ترشہ سے رنگ قبول کرنے والے رقبے  
ہوتے ہیں۔ پھر (۱) ذراتی لبتی خلیہ (granular myelocyte) ہوتا ہے  
جس میں خلیہ مایہ کثیر الاشکال نواتی خلیہ کے خلیہ مایہ سے مشابہ ہوتا ہے اور (۲)  
ایوسین پسند لبتی خلیہ (eosinophil myelocyte) ہوتا ہے جس کے  
ذرات موٹے اور ترشہ سے رنگ قبول کرنے والے ہوتے ہیں۔ یہ تمام خلیے تقریباً یکساں  
جمامت کے ہوتے ہیں۔ ذراتی لبتی خلیہ کثیر الاشکال نواتی خلیہ بن جاتا ہے اور  
ایوسین پسند لبتی خلیہ موٹے ذرات والا ایوسین پسند خلیہ بن جاتا ہے۔ ان کے علاوہ



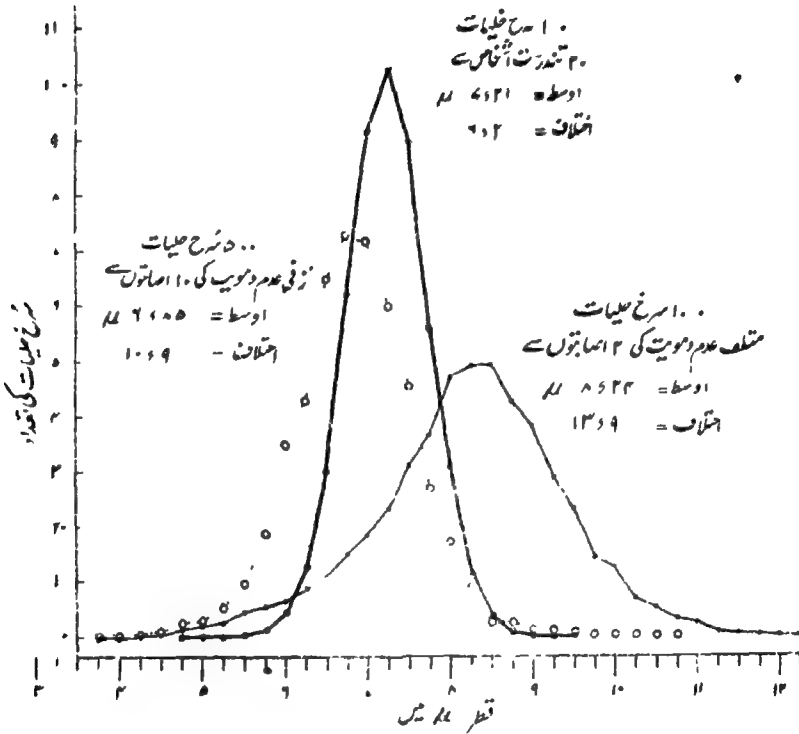
اساس پسند لبتی خلیے (basophil myelocytes) ہوتے ہیں جن سے مستولی خلیات پیدا ہو جاتے ہیں۔ لبتی نامی (myeloblast) لمفی خلیہ بھی پیدا کر دیتا ہے، اور اس میں بزرخی درجے یہ ہیں۔ لمفی لبتی خلیہ (lymphomyelocyte) جو نسبت چھوٹا ہوتا ہے، لیکن جس میں اسی قسم کا نوات باقی رہتا ہے جیسا کہ لبتی نامی میں ہوتا ہے، اور پیش لمفی خلیہ (prolymphocyte) جس میں نوات گہرا اساس پسند رنگ قبول کرتا ہے۔ یہ خلیہ منقسم ہو کر لمفی خلیہ کو پیدا کر دیتا ہے۔

خون کے ذراتی خلیے (یعنی کثیر الاشکال نواتی، ایوسین پسند اور مستولی خلیے) اپنے پیشروں کے ایک اصطلاح سفید گوں خلیات کے تحت جمع کئے گئے ہیں۔ اس کے مقابلہ میں غیر ذراتی خلیات (یعنی لمفی خلیہ اور بڑا ایک نواتی خلیہ) اور ان کے پیشرو ملف اساس خلیات (lymphoid cells) کے نام سے یاد کئے جاتے ہیں۔

مزمن تھیم میں بعض اوقات سپید خلیوں میں چربی موجود ہوتی ہے۔ اور ممکن ہے کہ اسی حالت میں ان سے آیوڈینی تعامل (iodine reaction) حاصل ہو جو گلاکوجن (glycogen) کی علامت ہے۔ اس کو بتلانے کے لئے خون کی فلموں کو چند منٹ کے لئے ایک شستہ کی ڈاٹ بوتل میں رکھ دیا جاتا ہے، جس میں آیوڈین کی فلمیں موجود ہوتی ہیں۔ پھر ان فلموں کا تراکب لیوولیوس (laevulose) کے پریشہ محلول میں کر دیا جاتا ہے۔ ایسا کرنے پر گلاکوجن ایک گہرا جھاگنی بھورا رنگ ظاہر کرتی ہے۔

آرنیٹھ (Arneth) کا شمار۔ یہ طریقہ کہ جس کو شینگ (Schilling) نے ساتھ تر بنا دیا ہے، کثیر الاشکال نواتی سپید خلیوں کی عمر دریافت کرتا ہے۔ ذراتی لبتی خلیہ، یا نوعمر خلیہ میں واحد گول نواۃ ہوتا ہے۔ اس کے بعد مختلف قسم کے بعد لبتی خلیات آتے ہیں۔ سب سے پہلے وہ کہ جن میں خفیف سی تسین ہوتی ہے، پھر وہ کہ جن میں اس سے بڑی تسین ہوتی ہے اور آخر میں وہ کہ جن میں تسین اتنی نمایاں ہوتی ہے کہ ایک نعل ظہور میں آتی ہے [یہ پسند نما تسین (band forms) کہلاتی ہیں]۔ وہ تمام خلیات جو ۲، ۳، ۴، ۵ یا ۶ لختوں میں تقسیم ہوں جو کہ رشتوں کے ذریعہ جڑے ہوئے ہوں، پنجمہ کثیر الاشکال نواتی خلیا

کہلاتے ہیں۔ طبی حالات میں لہجی خلیات بالکل نہیں ہوں گے، اور کثیر الاختلال فوآتی خلیات میں سے ۱۰ فی صدی تعداد بعد لہجی خلیات کی ہوگی۔ عفونی حالتوں میں جب کہ لب العظام پر بار پڑتا ہے، نوعمر میں تعداد میں بڑھ جاتی ہیں، گوکہ سپید خلیات کی مجموعی تعداد زیادہ بڑھی ہوئی نہیں ہوتی۔ مثلاً ایک عفونی حالت میں لہجی خلیات اور نوعمر میں ۲۵ فی صد تک



شکل ۵۲ - پرائس بونس کا دموی خلیہ کی توزیع کا معنی (اس کے بیان کے لئے متن ملاحظہ ہو)۔

اور بند نما قسمیں ۲۵ فی صدی تک بڑھ سکتی ہیں، اور کامل تکوین یافتہ خلیات ۵۰ فی صدی تک گھٹ سکتے ہیں۔ یہ نام تہا در حرکت الی ایسا ہے اور اس کے معنی یہ ہیں کہ اندازہ زیادہ تشویشناک ہو جاتا ہے۔

پرائس جونس کا دموی خلیہ کی توزیع کا منحنی (Price-Jones blood cell distribution curve)۔ پہلے بتلایا گیا ہے کہ لونی قوت نما سے حیات کی اوسط جسامت کا اندازہ ہوتا ہے، لیکن اس سے انفرادی حیات کی جسامت کے تغیر کے متعلق کوئی معلومات نہیں حاصل ہوتے۔ آخر الذکر تشخیص میں مفید ہو سکتا ہے، اور اسکی تعیین کا یہ طریقہ ہے کہ ایک رنگی ہوئی فلم میں ۳۰۰۰ کی تکثیر کے تحت ۵۰۰ یا زائد سیخ خلیوں کی پیمائش دو قطروں میں کر کے اس کا اوسط لے لیا جائے (۵)۔ نتائج کو پرائس جونس کے دموی منحنی کی شکل میں ظاہر کیا جاتا ہے (ملاحظہ ہو شکل ۵۲) اس کی چوٹی خلیہ کی اس جسامت کو ظاہر کرتی ہے جو نہایت کثیر الوقوع ہے، اور اس کے صعودی اور نزولی حصے کے مابین جو فاصلہ ہے وہ یہ ظاہر کرتا ہے کہ باقی ماندہ خلیے اس جسامت سے کس قدر قریب ہوتے ہیں۔ طبی خلیوں کا اوسط قطر ۷.۵ ملد ہوتا ہے اور تمام خلیے زیادہ تر ایک ہی جسامت کے ہوتے ہیں۔ نرف کے باعث پیدا ہونے والی عدم دمویت میں اوسط قطر نسبت کم اور تغیر نسبت زیادہ ہوتا ہے۔ ایڈمیشن کی عدم دمویت میں اوسط قطر نسبت زیادہ، اور تغیر بہت بڑا ہوتا ہے۔

طریقہ تقسیمہ - ہیموگلوبن کی قلت، جس کے ساتھ سرخ خلیوں کی کمی ہو یا نہ ہو، عدم دمویت (anæmia) کہلاتی ہے، جو اس وقت جب کہ خون کی تکوین ناقص ہو غیر نلکون الدموی (anæmopoietic) اور اس وقت جب کہ خون کا اتلاف بہت زیادہ ہو اتلاف الدموی (haemolytic) کہلاتی ہے۔ عدم دمویتوں کو خردخلوی (microcytic) اور کلاخلوی (macrocytic) بھی کہا جاتا ہے۔ قلیل اللون (hypochromic) یا کثیر اللون (hyperchromic) کی اصطلاحات رنگی ہوئی فلم میں خلیہ کے رنگ کی طرف اشارہ کرتی ہیں، لیکن مختلف مصنفین ان کو دوسرے معنوں میں استعمال کرتے ہیں (یعنی پست یا بلند لونی قوت نما کے مترادفات کے طور پر) اور بعض اوقات ایک ہی مصنف ان کو ایک سے زیادہ معنوں میں استعمال کرتا ہے۔ مجمل طور پر بیان کیا جائے تو خردخلوی عدم دمویت قلیل اللون اور کلاخلوی عدم دمویت کثیر اللون ہوتی ہے۔

سید حیات کی کمی، قلت حیات سفید (leucopenia) کہلاتی ہے جو

دیرینہ جیات میں واقع ہو جاتی ہے۔ غیر ذراتی خلویت (agranulocytosis) ذراتی خلیات کی قلت ہے۔

ہیموگلوبن اور سرخ جیات کی زیادتی 'کثرت خلیا' (polycythæmia) 'احمر دمویت' (erythremia) 'احمر خلویت' (erythrocytosis) کہلاتی ہے۔

سیدہ جیات کی زیادتی بیض دمویت (leukæmia) 'سفید خلیہ دمویت' (leucocythæmia) 'ابيض خلویت' (leucocytosis) کہلاتی ہے۔

سیدہ خلیوں کے مختلف اشکال کی زیادتی لمفی بیض دمویت (lymphatic leukæmia) 'لمبی خلوی بیض دمویت' (myelocytic leukæmia) 'ایوسین پسندی' (eosinophilia) کہلاتی ہے۔

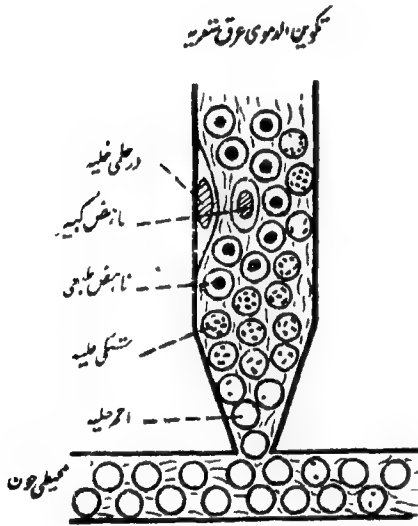
## غیر تکوین الدموی (قلتی) عدم دمویت

(ANHEMOPOIETIC (DEFICIENCY) ANÆMIA)

دورانی خون کے اندر کی ہیموگلوبن کی مقدار اور سرخ جیات کی تعداد کا انحصار زیادہ تر تکوین دم اور اتلاف دم کے دو عامل کے درمیان توازن پر ہوتا ہے۔ طحال اتلاف خون کا ایک عضو ہونے کے علاوہ دموی خلیات کے لئے ایک مخزن کا کام بھی دیتی ہے، اسی وجہ سے وہ سرخ عارضی تنیرات کا باعث ہو سکتی ہے۔ لیکن چونکہ خون کے مجموعی حجم کی پیمائش کرنا موجودہ زمانہ میں عملی و متور العملی تحقیق نہیں ہے، لہذا سرخ جیات یا ہیموگلوبن کی مجموعی مقدار کی تعین نہیں کی جاتی بلکہ صرف ان کا ارتکاز دیکھا جاتا ہے۔ سرخ خلیات اور ان کے پیشروں کو ایک بافت تصور کیا جاتا ہے جو کہ نسبیج احمر (erythron) کہلاتی ہے۔

امراضیات۔ سرخ خلیات 'سرخ لب عظام کے تکوین الدموی عروق شریہ میں بنتے ہیں، جیسا کہ شکل ۵۲ (۱۵) میں خاکہ کے طور پر دکھایا گیا ہے۔ اگر یہ عمل اپنے سب سے ابتدائی درجہ میں رک جائے، تو غیر تکوینی عدم دمویت ظہور میں آتی ہے۔

ناہض کبیر سب سے زیادہ اولین سرخ خلیہ ہے۔ اس کے مزید نشو و نما کے لئے ایک "دموی جوہر" کی ضرورت ہے جو کہ معدہ میں اور غالباً اثنا عشری میں بھی دو عطلوں سے طبعی طور پر بنتا ہے (۱) ایک ازیم جو کہ کاسل (Castle) کا "درونی عامل" کہلاتا ہے اور توانی غد میں اور شاید اثنا عشری میں برنر (Brunner) کے غد میں تیار ہوتا ہے اور (۲) کاسل کا "درونی عامل" مثلاً وہ جو کہ کائے کے گوشت اور خصوصاً لبن میں پایا جاتا ہے۔ اس کا ثبوت یہ ہے کہ اگرچہ گوشت پر مشتمل غذا ایڈلین (Addison) کی کبیر خلوی عدم دمویت



شکل ۵۳ - سیج امریکی خاک نما سیکم

یعنی متلف عدم دمویت کو اچھا نہیں کر سکتی، تاہم اگر اس گوشت کو طبعی انسانی معدہ میں ایک گھنٹہ تک ہضم کیا جائے اور پھر نکال کر متلف دمویت کے مریض کو دیا جائے تو وہ شفا یاب ہو جاتا ہے۔ چنانچہ صحت مند معدی اہنضام ایک نائٹرو جینی مادہ کو پیدا کرتا ہے۔ اور یہ ایک دموی جوہر ہے جو کہ پروٹین کے ٹوٹ جانے سے پیدا ہوتا ہے اور معمولاً جگر اور گردوں میں مذکور رہتا ہے اور طبعی سرخ خلیات کی تکوین کے لئے ضروری ہے۔ متلف عدم

دمویت میں یہ اس لئے نہیں بنتا کہ التهاب معدہ کی وجہ سے خیر کی قلت ہوتی ہے۔ اس دموی جوہر کے بغیر دموی جسیوں کا نشو و نما کبیر ناہضی درجہ پر رک جاتا ہے۔ لب عظام میں کبیر ناہضی رد عمل ہوتا ہے اور اس میں خلیات محسوس کر بھرے ہوتے ہیں اور ایک کبیر خلوی عدم دمویت پیدا ہو جاتی ہے۔ لوہا، سانہ کا ایک شائبہ حیاتی ج اور تھائراکسن (thyroxin) یہ تمام طبعی تکوین خون کے آخری درجہ کے لئے ضروری ہیں جو کہ شبکی خلویت کے برزخی درجہ کے بعد آتا ہے اور ان کے بغیر لب عظام میں طبعی

ناہضی رد عمل واقع ہوتا ہے اور ایک خرد خلوی عدم دمویت پیدا ہوتی ہے۔ کبیر ناہضی اور طبی ناہضی رد عمل اسی مضمون میں تبادلہ کر سکتے ہیں۔ وہ ظاہر کرتے ہیں کہ تکون خون ہیجان میں آتی ہے، لیکن ضروری عامل کی عدم موجودگی کے باعث ان میں سے ایک درجہ پر رک گئی ہے، بالکل اس طرح جس طرح کہ کسی کا اغانہ میں نیم تیار مال اس وقت جب کہ کوئی ضروری صنعتی عمل بگڑا ہوا ہو، جمع ہو جاتا ہے۔

ایک بڑے نرف کے فوراً بعد طحال میں سے سرخ خلیات داخل ہو کر دموی شمار بڑھ جاتا ہے۔ لیکن چند ہی گھنٹہ کے اندر سیال دوران خون میں داخل ہو جاتا ہے، اور اس کے حجم کی کمی پوری کر دیتا ہے، لہذا اگر نرف سے پہلے کی ہیموگلوبن معلوم ہو تو اب اس کی آخری قدر سے اندازہ ہوتا ہے کہ کسی قدر نقصان خون ہوا ہے۔ جب عدم دمویت قائم ہو جائے تو تکون خون ہیجان میں آتی ہے۔ لیکن لوہے کے فقدان کی وجہ سے رک جاتی ہے (طبی ناہضی رد عمل)۔ بعض حالات میں مثلاً اس وقت جب کہ بہت سا سیال ضائع ہوا ہو، جسم اس دموی حجم کی کمی پوری کرنے کی قابلیت کھودیتا ہے، اور مدیض بہت ہی بیمار ہو جاتا ہے۔

ثانوی عدم دمویت۔ عدم دمویوں کی تقسیم اس طرح کی جاتی ہے۔  
اولی عدم دمویتیں جن کی تئیب معلوم نہ ہو (اخضریت اور متلف عدم دمویت)  
اور ثانوی عدم دمویتیں جن کے اسباب اکثر اصابتوں میں بالکل واضح ہوتے ہیں۔ اس قسم کی جماعت بندی آج کل بالکل بے کار ہے۔ لیکن ثانوی یا اخضریتی عدم دمویت کی اصطلاح ابھی تک عام طور پر ایک خرد خلوی عدم دمویت کے معنوں میں استعمال کی جاتی ہے کہ جس میں طبی ناہضی رد عمل اور پست لونی قوت نما ہوا اور جو مختلف اسباب سے پیدا ہو۔ یہ اسباب حسب ذیل ہیں :- (۱) نزقات۔ ان میں سے بہت سے نزقات مفرط ہوتے ہیں، لیکن یہ عود نہیں کرتے، یا یہ صرف طویل وقفوں سے ہوتے ہیں۔ متواتر متواتر متواتر نزقات سے جو بواسیر، مستقیقی قرعہ، رمی امراض، اثنا عشری کج دہن (ancylostoma duodenale) کے باعث ہوں، شدید عدم دمویت واقع ہو سکتی ہے۔ جلد اور مخاطی اغشیہ میں بھی نزقات ہو سکتے ہیں، جیسے کہ وہ جو مختلف اقسام کے پریپورا (purpura) میں اور اسکردی

(scurvy) میں ہوتے ہیں۔ (۲) مرض برائٹ، اسکروی اور ناقص درقیت۔ (۳) صرخ جیہات کی تقلیل مرض آجکل میں اور بغض دمویت کی مختلف قسموں میں واقع ہو جاتی ہے۔ ثانوی عدم دمویت کا علاج وہی ہے جو کہ سادہ بے ترشہ عدم دمویت کا ہوتا ہے۔ عدم دمویت کے علامات۔ نمایاں عدم دمویت کی تمام اصابتوں میں بعض مخصوص خصائص مشترک ہوتے ہیں، اگرچہ بعض اقسام کی عدم دمویتوں میں آنکھ متمیز و مخصوص خصائص بھی ظاہر ہوتے ہیں، جو آگے چل کر بیان کئے گئے ہیں۔ جلد شاحب اور موم نما ہوتی ہے۔ تازہ زخف کی اصابتوں میں رنگ بالکل سپید ہوتا ہے۔ تاہم یہ یاد رکھنا چاہئے کہ ممکن ہے حقیقی عدم دمویت بالکل موجود نہ ہو اور وعا حرقی فصل سے دموی توزیع میں تغیر واقع ہو جانے سے شوب پیدا ہو جائے۔ لب پھیکے گلابی رنگ کے ہو جاتے ہیں، اور ممکن ہے کہ گالوں میں بھی ایک خفیف گلابی متمہاٹ ظاہر ہو۔ مرئی مخاطی اعشہ پھیکے گلابی رنگ کی ہو جاتی ہیں، جیسا کہ دہن، زبان اور پوٹوں کی اندرونی جانب میں دیکھا جاتا ہے۔ خون کا بدلا ہوا رنگ ہاتھ کی پشت پر کی وریدوں کی جھلک میں بھی ظاہر ہوتا ہے، جو سپید چمڑے کے اندر سے گلابی نظر آتی ہیں، نہ کہ گلابی جلد کے اندر سے سیاہ ارغوانی۔ مریض نڈھال اور کمزور جسمانی یا دماغی محنت کے ناقابل ہوتا ہے، اسے درد سر اور چکر آنے کا امکان ہوتا ہے، آنکھوں کے سامنے دھبے نظر آتے ہیں، کانوں میں آوازیں گونجتی ہیں، اور غشیان کے دورے ہوتے ہیں۔ محنت کرنے یا زور لگانے پر سانس پھول جاتی ہے اور عروق کی تنک پیدا ہو جاتی ہے۔ ممکن ہے کہ پاؤں کا اذیا موجود ہو۔ جھوک ٹھوکا کم ہو جاتی ہے، اور غذا لینے کے بعد شراییف کے مقام پر گرانی یا ضیق معلوم ہوتا ہے یا شدید سوزش سینہ ہوتی ہے۔

اگر کوئی نمایاں درجہ کی عدم دمویت ہو تو ہمیشہ قلب کو ہیجان میں لا کر خون کی فی منٹ در آمد کو زیادہ کر دیتی ہے، اس کے واسطے شرح نبض زیادہ ہو جاتی ہے۔ یہ ایک تعویضی میکا نیت ہے، لیکن اس کے یہ معنی ضرور ہیں کہ قلب زیادہ کام کرتا ہے لہذا علاج کا اولین مدعا آرام ہے۔ استماع کرنے پر دموی خریات اور جوفہ رونی (bruit de diable) سنائی دیتے ہیں۔ یہ پہلے بیان کئے گئے ہیں (مستغاست

222 ، 230) - ممکن ہے کہ قلب تسع ہو جائے۔

## انخضریّت

(chlorosis)

بحث اسباب - انخضریّت یا اس کے انگریزی مرادف 'گرن سیکینس (green sickness)' کا نام اس سبزی مائل جھلک پر مبنی ہے جو کہ کالوں کے تشوہ کے ساتھ مخلوط ہوتی ہے۔ اس نام کا اطلاق عدم دمویت کی اس قسم پر کیا جاتا ہے جو بالغوں 481 قبض کی شکایت رکھنے والی لڑکیوں اور نوجوان عورتوں میں چودہ اور چوبیس سال کے سن کے درمیان ہوتی ہے، گو مستثنیٰ طور پر ایسی ہی ایک حالت لڑکوں میں بھی دیکھی جاتی ہے۔ موجودہ صدی کے آغاز سے انخضریّت کے حدوث میں تبدیج کمی پائی گئی ہے اور غالباً اس کی وجہ یہ ہے کہ تنگ کمر بندی کا رواج جس سے جگر پر دباؤ پڑتا تھا، ترک کر دیا گیا ہے، نیز یہ کہ اب عورتوں کا کام نسبت بہتر حالات کے تحت انجام دیا جاتا ہے، اور تازہ ہوا زیادہ لی جاتی ہے، اور ورزش زیادہ مقدار میں کی جاتی ہے (6)۔

خانگی ملازمت کرنے والیوں میں یہ مرض سب سے زیادہ عام ہو ا کرتا تھا۔

علامات - انخضریّت ایک خرد غلوی عدم دمویت ہے۔ دموی شمار پست لونی قوت نما ظاہر کرتا ہے، کیونکہ سرخ خلیات کی نسبت ہیموگلوبن میں زیادہ تخفیف پائی جاتی ہے۔ طبعی نابضات، شبکی خلیات، شعوقی خلیات، شدیدہ اصابتوں میں دیکھے جاتے ہیں۔ سپید خلیات طبعی ہوتے ہیں۔ عدم الطث موجود ہوتا ہے۔ معدی رس میں آزاد HCl موجود ہوتا ہے۔ کمی کمی عصب بصری کا التهاب (optic neuritis) پیدا ہو جاتا ہے، اور ممکن ہے کہ اس کے بعد ذبول، اور مستثنیٰ اصابتوں میں عینی شلل (ocular paralysis)، شبکیتی سدایت (retinal embolism)، اور خلف البصلہ التهاب عصب (retrobulbar neuritis) واقع ہو جائے۔

انذار اور علاج - ملاحظہ ہو سادہ بے ترشہ عدم دمویت۔



## سادہ بے ترشہ عدم دمویت

(simple achlorhydric anaemia)

یہ مرض عورتوں کو اس سے بہت زیادہ عام طور پر ماؤف کرتا ہے کہ جتنا مردوں کو اور عورتوں کو یہ تقریباً سچے جسنے کی عمر میں مارف کرتا ہے، اور سب سے زیادہ انصافیں ۲۰ سے لیکر ۵۰ سال کی عمر میں واقع ہوتی ہیں۔ یہ بچوں میں اور مسخراشخاص میں (33) بھی واقع ہوتا ہے۔ تاہم یہ یاد رکھنا ضروری ہے کہ صحت مند مردوں اور عورتوں میں سے ۲۲ فی صدی ایسے ہوتے ہیں کہ بن کو ۶۰ سال سے اوپر سادہ بے ترشہ عدم دمویت ہوتی ہے۔

علامات۔ ایک خرد خلودی عدم دمویت پائی جاتی ہے، اور خون ایک پست لونی قوت نما ظاہر کرتا ہے۔ متلف عدم دمویت کی طرح اس میں بھی بے ترشگی یا بی باقی ہے، لیکن خون میں باہمی روہین کی زیادتی نہیں ہوتی، چنانچہ وآن ڈن برگ کا کاشف منفی ہوتا ہے، اور جل نخاعی میں کوئی تغیرات نہیں ہوتے۔ لمحال بڑھی ہوئی ہوتی ہے۔ بسا اوقات التهاب اللسان (glossitis) ہوتا ہے اور یہ التهاب زبان پر سے پھیلتا ہوا بلعوم کی پشت پر چلا جاتا ہے۔ بعض اوقات عسر البلع ہوتا ہے۔ ناخن مقعر (چمچ نما) اور پستلے ہوتے ہیں، ان پر طولی حیدیت (ridging) (انفخار الظفر = koilonychia) پائی جاتی ہے۔ عدم دمویت غائبانہ غذائی خلیس سے لوہے کے قلیل اخذ اب کی وجہ سے ہوتی ہے، اور ممکن ہے کہ معدی رس میں ہائڈروکلورک ایسڈ کی عدم موجودگی اس کا جزوی سبب ہو۔

تشخیص۔ یہ اس امر پر منحصر ہے کہ بے ترشگی کے ساتھ پست لونی قوت نما کی عدم دمویت مشاہدہ کی جائے، جو بلا کسی واضح سبب کے ہو، مثلاً بغیر زف کے۔ انذار۔ موثر علاج کرنے کی حالت میں یہ اچھا ہوتا ہے۔

علاج۔ لوہا بڑی متنادوں میں دینا چاہئے۔ قشری تجزیہ، آیرن اینڈ ایونیم شریٹ (iron and ammonium citrate) جو کہ فیرک سٹریٹ (ferric citrate) پر مشتمل ہے، مقبول عام ہے۔ لیکن روزانہ اس کا ایک ڈرام

دینا چاہئے۔ لوہا صرف فیرس (ferrous) حالت میں جذب ہوتا اور تاثیر کرتا ہے (۷) لہذا فیرس لوہا استعمال کرنا بہتر ہے۔ پل فیری (pil. ferri) (بلاڈ کی کوئی - Blaud's pill) جو فیرس سلفیٹ اور سوڈیم کاربونیٹ (sodium carbonate) کا ایک آمیزہ ہے (۵ تا ۱۵ گریں) بہت مشہور ہے۔ اس کو سفوف کی شکل میں دے سکتے ہیں۔ فیرس سلفیٹ کو بحالت محلول تجویز کرنے میں یہ وقت ہے کہ یہ متاكد ہو جاتا ہے۔ لیکن اس کا سد باب اس کو۔ انی صدی محلو کو س محلول میں حل کر کے کیا جاسکتا ہے، یا اس کے بجائے ایڈ سلفیورک ڈائلیوٹ ۵ منم ۵ گریں فیرس سلفیٹ کے لئے استعمال کیا جاسکتا ہے۔

بہت سی اصابتوں میں حتی الامکان جلد از جلد یہ دریافت کرنے کی ضرورت ہوگی کہ آیا علاج موثر ثابت ہو رہا ہے یا نہیں۔ اس کے لئے جیسا کہ متلف عدم دمویت کے عنوان کے تحت بیان کیا گیا ہے، ایک شبکی غلوی حرج کی تلاش کرنی چاہئے۔ اکثر حیدری تجویزات میں تا نبا موجود ہوتا ہے، لیکن اگر ضرورت ہو تو اس کو کار سلفیٹ کے ۱۰ فی صدی محلول کے روزانہ ۲-۵ سی سی کی صورت میں تجویز کیا جاسکتا ہے۔ اس امر کا خیال رکھنا چاہئے کہ ناقص در قیمت موجود ہو، اور یہ کہ غذائیں حیاتیات ج کی کافی مقدار موجود ہے، جو کہ نارنگی اور لیمو کس کے طور پر دینی بہتر ملتا ہے۔ اسکو دی میں عدم دمویت زرف ہونے سے پہلے دیکھی گئی ہے۔ یہ امر تسلیم شدہ ہے کہ اشراب کے در یو دی ہو لوہے کی تمام قسمیں بیکار ہیں، اور سنگیادینی غیر ضروری ہے۔ لیکن جگر یا خلاصہ جسکر بعض اوقات مفید ہوتا ہے، گو کہ اسے لوہے کا بدل تصور نہیں کرنا چاہئے۔ اگر ایک ملین کی ضرورت ہو تو پل آلیوزیٹ فیری (pil. aloes et ferri) (رہنما گرین) جس کے ساتھ فیرس سلفیٹ شامل ہے، دینا مفید ہے۔ قدرتی طور پر پائے جانے والے حیدری میاہ (chalybeate waters) میں فیرس کاربونیٹ (ferrous carbonate) موجود ہوتا ہے، جسے زائد کاربن ڈائی آکسائیڈ (CO<sub>2</sub>) محلول صورت میں رکھتی ہے۔ اور بشرطیکہ ان کو براہ دہن چشمہ پر تازہ پیا جائے یہ مفید ہوتے ہیں۔ شدید اصابتوں میں علاج کے دوران میں بستر پر آرام کرنا ضروری ہے اور نقل الدم مفید ہو سکتے ہیں۔

## متلف عدم دمویت

(pernicious anaemia)

482

(Addison's anaemia = عدم دمویت)

(glossitic anaemia = التهاب اللسانی عدم دمویت)

ابتداءً اس مرض کی اصابتوں کو ایڈنسن (Addison) نے خود سرو عدم دمویت (idiopathic anaemia) کے نام سے بیان کیا، کیونکہ ان میں متمیز خصائص نمایاں تھے، اور وہ ان کا کوئی سبب نہ معلوم کر سکا۔ ازاں بعد بیرمر (Biermer) اور دوسرے مصنفین بر اعظم یورپ نے شامل اصابتیں ترقی پذیر، متلف عدم دمویت (progressive pernicious anaemia) کے نام سے بیان کیں۔

بحث اسباب - یہ مرض دو صنفوں کو مساویاؤں کرتا ہے، اور وہ فیصد اصابتیں چالیس سال سے اوپر کی عمر میں ہوتی ہیں۔ اور معدی تغیرات کے لئے جو کہ اس مرض کا سبب ہوتے ہیں ایک موروثی رجحان پایا جاتا ہے۔ مرضی تشریح - اعضا کے عام شحوب کے علاوہ بعد الہامات حالتوں میں سے ایک نہایت مستمر حالت قلب کا شمی، انحطاط ہے، جو خود کو عضلہ قلب کی متبادل سیاہ اور شاحب دھاریوں کی صورت میں ظاہر کرتا ہے، اور یہ دھاریاں دروں قلبہ میں سے نظر آتی ہیں (دھاری دار بلی جیسی دھاریاں = tabby-cat striation)۔ یہ ناقص آکسیجنی رسد کے باعث ہوتی ہیں جس کا سبب خون کے ہیموگلوبن کے مقدار کی کمی ہے۔ یہ بائیں بطن اور طبعی عضلات میں واقع ہوتی ہیں۔ جگر اور گردوں کا شمی انحطاط بھی موجود ہوتا ہے، اور شراہین کے اندرونی طبقہ کا بھی۔ نزقات نہ صرف شکم میں پائے جاتے ہیں، جہاں وہ زندگی میں بھی دیکھے گئے ہیں، بلکہ وہ مصلیٰ اغشیہ دروں قلبہ، معدے کی غشائے مخاطی، پیچہ پٹوں، سلیج و دماغ، اور دوسرے حصوں میں بھی ملتے ہیں۔ فینوک (Fenwick) نے ابتدا میں معدہ میں ایسے تغیرات پائے جو کہ التهاب معدہ (ملاعطہ ہو) کے مثیل تھے۔ بعض اوقات لمحال

بڑھی ہوئی، اور سیاہ سرخ یا ارغوانی رنگ کی ہوتی ہے۔ لب عظام مقدار میں حد سے زائد اور سرخی مائل ارغوانی رنگ کا پایا گیا ہے، اور اس میں نوات دار سرخ جیسات، بالخصوص کبیریا مضات بڑی تعداد میں ہوتے ہیں، مزید برآں جگر کے خلیوں میں طحال میں اور گردوں میں لوہے کا وافر جماد ہوتا ہے، جو پولاسیم فیرو سائٹ اور مرحق ہائڈرو کلورک ایسڈ سے عضو کے نیلے ہو جانے سے ظاہر ہو سکتا ہے۔ نچا عی علامات والی اصابتوں میں موت کے بعد جانی استوانوں اور پچھلے استوانوں کا انحطاط پایا گیا ہے۔

**امراضیات۔** اس مرض کی امراضیات کی کسی بحث میں حسب ذیل خصائص مرض کا بیان کرنا ضروری ہے:۔ (۱) بول کے اندر یورو بائلیں کی زیادتی، جگر کے اندر لوہے کے جماد اور خون کے اندر صنفہ صفراء کی موجودگی جس سے وآن ڈن برگ کا بالواسطہ امتحان حاصل ہوتا ہے۔ جانوروں میں سموم شٹائیپونین (saponin) پائری ڈین (pyridine) وغیرہ کے اشرباب سے بھی ایسے ہی مظاہر حاصل ہوئے ہیں۔ (۲) سرخ لب عظام کی بیش پردیش اور ساتھ ہی دوران خون کے اندر سرخ خلیوں کی جسامت اور شکل کی بقاعدگی اور کبیر خلیات کی اور بعض اوقات کبیریا مضات کی موجودگی۔ یہ مرض ایک کلاں خلوی عدد مرد دھویت ہے۔ سرخ خلیوں کا حیاتی کیمیائی بنیہ بھی تبدیل ہو جاتا ہے۔ جیسات میں ہائڈروجن رواں (H ion) کا ارتیکاز زیادہ ہوتا ہے، جس کی وجہ غالباً یہ ہوتی ہے کہ فاسفورک ایسڈ ایسٹرس (phosphoric acid esters) میں زیادتی ہو جاتی ہے، چنانچہ خلیات اور پلازما کے درمیان قوہ کافرق (potential difference) بجائے آٹھ یا نو ہونے کے ۲۸ ملی وولٹس (millevolts) ہوتا ہے (۱۲)۔ (۳) معدی رس میں آزاد ہائڈرو کلورک ایسڈ (free HCl) کی غیر موجودگی، جو خاص کر التهاب معدہ کی وجہ سے ہوتی ہے، کیونکہ معدنی کلورائڈ اور پیپسین بھی کم ہوتے ہیں، گو بالکل غیر موجود ہرگز نہیں ہوتے (۱۸)۔ غالباً محوڑا سا "فاقلی" ہائڈرو کلورک ایسڈ ("active" HCl) ہمیشہ ہوتا ہے (ملاحظہ ہو شکل ۷۴، صفحہ ۳۳۱)۔ غذائی خطے میں دوسری جگہ التهاب کی موجودگی بھی ہمیز التهاب اللسان سے ظاہر ہوتی ہے۔

امد بعض اصابتوں میں اہمال، معوی التهاب کے باعث ہو سکتا ہے۔ (۴) جب غلامہ جگر براہ دہن دیا جائے تو اس کا شفا بخش اثر۔

زمانہ حال تک یہ تصور کیا جاتا تھا کہ یہ مرض ایک اولی خون پاشیدگی کی وجہ سے

ہے۔ لیکن یہ امر مشکوک ہے کہ آیا خون پاشیدگی حقیقتہً نمایاں ہوتی ہے۔ اگر ساری کی

ساری بالی روہین، ٹوٹے ہوئے جیموں سے ماخوذ ہے تو اس کے یہ معنی ہوں گے کہ

خون کے جیموں کی بار پیدائش ایک نامکن سرعت کے ساتھ واقع ہوتی ہے۔

نیز بالی روہین کا اخراج نہایت ہی اختلاف پذیر ہوتا ہے، حالانکہ تصویر خون مستمر

رہتی ہے۔ یہ تصویر خون بے ترشہ عدم دمویت سے جو کہ ایک اولی خون پاشیدہ

مرض ہے بالکل مختلف ہے۔ سرخ خلیات، متلف عدم دمویت میں اتنی ہی مدت زمانہ

رہتے ہیں کہ جتنے صحت کی حالت میں حقیقت میں مرض اولی طور پر دموی خلیات کی

ماقص تکون کا نتیجہ ہے، جو کہ صفحہ 429 پر بیان کی گئی ہے۔ دموی جوہر کے بغیر

لب عظام کمال سرخ خلیات کو نہ تو پیدا کر سکتا ہے اور نہ دوران خون میں ان کو خارج

کر سکتا ہے۔ لہذا وہ لب عظام میں محسوس کر بھرے رہتے ہیں اور اس کو سرخ رنگ

بخشتے ہیں۔ اگر جگر دیا جائے تو نا پختہ خلیات یعنی شبکی خلیات کا ایک لشکر دوران 433

خون میں خارج ہو جاتا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ ۲۶ ب) اور مدتاً ۱۰ دن میں نقطہ انجم

کو پہنچتا ہے اور یہ شبکی خلوی استجابات عدم دمویت کے درجہ سے معکوس نسبت

رکھتی ہے۔ عدم دمویت بتدریج اچھی ہو جاتی ہے اور تصویر خون طبعی ہو جاتی ہے

لیکن ہے لب عظام حد سے زیادہ فعال ہو جائے چنانچہ دموی شمار تقریباً ۶۰ کو

پہنچ جاتا ہے۔ خلیات کی حیاتی کیمیائی نوعیت، طبعی کے قریب ہو جاتی ہے۔

ایوسین پسندی موجود ہو۔ سختیابی میں جو تغیرات ہوتے ہیں ان کو شل

دکھایا گیا ہے۔ مرض کی انتہا میں مبالغہ اور حدیدی جماؤں کی زیادتی کی وجہ سے

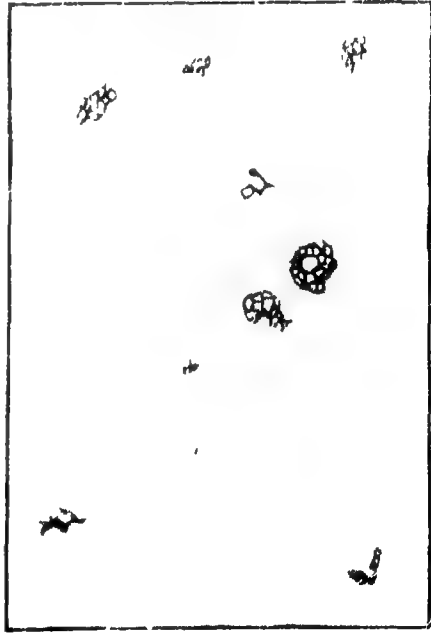
واقعہ سے ہوتی ہے کہ ان کو ہیوگلوبن کی تکون میں کام میں نہیں لایا جاسکتا

مجموع ہو جاتے ہیں۔ گاہے مرتب یرقان اور اس کے ساتھ مثبت و آن ڈن بر

موجود ہوتا ہے۔

متلف عدم دمویت کے ساتھ جل النخاعی کے تحت الحاد مزمن و اخطا

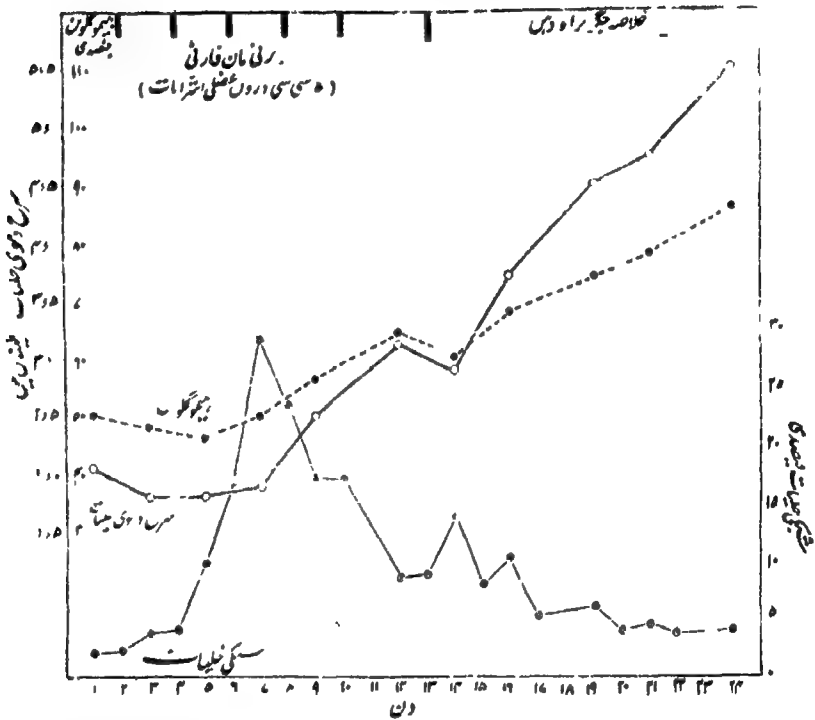




- الف۔ احمد مویب میں چہرہ کی زینس تصویر۔ ہدایت نمایاں اسباتوں میں زرق اور بھی زیادہ ہوتا ہے۔  
 ب۔ مصلف دم و موت میں ایک رنگی مونی فہم کبھی حاج کے ابتدائی مراحل میں جس میں شبکی خلوت دکھائی گئی ہے۔  
 ح۔ رسا صلی سم میں نقطہ وارا ساس پسندی۔ (یہ تجہیزات و کٹ ایف۔ اے۔ ناٹ نے بنائی ہیں)۔

ہم قریبی قلعی رکھنے والے عوامل کا نتیجہ ہوتا ہے جو کہ جبل النخاعی اور خون دونوں کو آؤف کرتے ہیں۔ لیکن ان میں سے ہر ایک تاثر الگ بھی پیدا ہو سکتی ہے، یا ایک تاثر دوسری کے بعد پیدا ہو سکتی ہے (19)۔

علامات - متلف عدم دمویت کا مریض بتدریج کمزور ہو کر شاحب رنگ کا



شکل ۵ - متلف عدم دمویت کی ایک تمثیلی اصابت، جو پہلے خلاصہ جگر کے پانچ دول عضلی اشرا بات اور پھر کس کو براہ درمن دینے پر اعظم شبکی خلویت اور خون کی باز پیدائش ظاہر کرتی ہے۔ لونی قوت ناس تغیر یعنی مسخ خلیات کی تعداد کی زیادتی کے مقابلہ میں ہیموگلوبن کی زیادتی تھوڑی ہونا خوب واضح ہے۔

ہو جاتا ہے۔ اس کی جلد کی رنگت زرد مچھلک کی ہو جاتی ہے، جو معمولی عدم دمویت کی



سید دموی جب تک سے مختلف ہوتی ہے۔ بعض اوقات بھوری لونیت کی چھوٹی یا بڑی چکیتیاں ہوتی ہیں۔ اس کے ساتھ ہی یہ بھی ہے کہ انتہائی عدم دمویت کی حالت میں بھی مریض دلہا نہیں ہوتا اور ممکن ہے کہ اس کی تحت الجلد چربی کثیر المقدار ہو۔ مذہالین آواز مٹی اور جانی محنت سے تنفر دوران سر کالوں میں آوازیں وغیرہ اسی طرح ہوتی ہیں جیسی کہ دوسرے اقسام کی عدم دمویت کے بیان میں درج کی گئی ہیں اور علاوہ ازیں محنت کرنے پر پھر اختلاج قلب اور درد قلب ہوتا ہے۔ مریض زبان کے زخمی ہونے کی شکایت کرتا رہتا اور ممکن ہے کہ زبان میں آبلے اور سرخ چکیتیاں ہوں۔ کہنہ اصابتوں میں ممکن ہے کہ زبان میں جلیماںات خیطیہ کا ذبول بلکہ انشعاقات بھی ہوں۔ عدم اشتہا اور سوء الهضمی 434 علامتہ (جو ملاحظہ ہو) کثیر الوقوع ہیں۔ معدی اس میں آزاد ہاڈروکلورک ایسڈ بالکل غیر موجود ہوتا ہے۔ گاہے گاہے وہ علاج کے بعد دوبارہ پیدا ہو جاتا ہے۔ پیشاب کارنگ یوروبالٹین کی زیادتی کی وجہ سے بہت گہرا ہوتا ہے، لیکن اس میں البتہ نہیں ہوتا۔ لہال کی کلائی ہوتی ہے۔ ممکن ہے کہ شبکیہ میں کثیر التعداد چھوٹے چھوٹے نزفات نظر آئیں جو قرص بصری کے گرد بہ کثرت ہوتے ہیں۔ یہ عخط یا شعلہ نما ہوتے ہیں اور ممکن ہے کہ ان کے ساتھ پسیدہ صے بھی موجود ہوں۔ دوسرا نمیز خاصہ تبہ جس سے ۱۰ یا ۱۰۲ درجہ کی پیش مائل ہو سکتی ہے، لیکن عموماً یہ تب بے قاعدہ ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ تب کئی دنوں تک موجود رہی ہو اور موت سے پہلے اکثر پیش تحت الطبعی ہوتی ہے۔ بعض اوقات جگر بڑھا ہوا اور الیم ہوتا ہے۔ خون نہایت شامب ہوتا ہے اور سرخ جیماںات کم ہو کر فی مکعب ملی میٹر ۲۵۰۰۰۰ بلکہ ۵۰۰۰۰۰ یا اس سے بھی کم ہو جاتے ہیں۔ لیکن ہیموگلوبن کی کمی نسبت کم ہوتی ہے۔ چنانچہ کوئی قوت نامہ زائد ہوتا ہے اور اس کی وجہ یہ ہے کہ انفرادی جیماںات معمول کے نسبت بڑے ہوتے ہیں۔ تاہم اتنی کم قدریں کہ بعض اوقات ۷۰ تک بھی پائی گئی ہیں۔ بوقلموں نطس دوسری حالت کے نسبت اس میں زیادہ کثیر التعداد ہوتے ہیں۔ عموماً چند نوارہ خلیے بالخصوص کبیرا جنات موجود ہوتے ہیں، لیکن کثیر الاشکال نواتی پسیدہ عام طور پر معمول کے نسبت کم تعداد میں ہوتے ہیں۔ پرائس جونس کا دموی تو ذہن نمیز ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ قابلیت تروییب میں کمی ہو، لیکن جیماںات کے بھر جبر

کوئی زیادتی نہیں ہوتی یا کم زیادتی ہوتی ہے۔  
 متلف عدم دمویت کے مریضوں میں اکثر ٹانگوں کا سُپن اور کمزوری، عدم اتساق،  
 متغیر رکبی جھٹکے، اور حاد مزاج انحطاط نخاع کے دوسرے علامات پیدا ہو جاتے ہیں بلکہ  
 ممکن ہے کہ عدم دمویت سے بہت پہلے نخاعی علامات ظاہر ہو جائیں۔ بعض اوقات  
 ذہنی انحطالات دیکھے گئے۔

تشخیص۔ متلف عدم دمویت کی ہر مفروضہ اصابت میں یہ اہم ہے کہ  
 نہایت احتیاط کے ساتھ عضوی مرض، مثلاً سرطان معدہ کی جستجو کی جائے جو بعض  
 اوقات اس کے ساتھ موجود ہوتا ہے، اور عفونت کے مرکزوں کی جستجو بھی کی جائے  
 اور بعض حالات میں براز کے معقول امتحان کے ذریعہ معائی گرموں (جو بی راسیہ  
 bothriocephalus) یا اسپرو (sprue) کی موجودگی کو خارج از بحث کر دیا جائے۔  
 متلف عدم دمویت کے عین خصائص یہ ہیں: — مصل کے اندر مینہ صفر کی موجودگی  
 جس سے متلف عدم دمویت کا زرورنگ پیدا ہو جاتا ہے، تصویر خون معدہ اس کے  
 بلند فونی قوت نکالے، اور غلوی توزیع کا تمثیلی منحنی، اور بے ترشگی یہ سب اسے  
 اخصریت اور دوسری عدم دمویتوں سے تمیز کرنے میں مدد دیتے ہیں۔ کبیر خلویت  
 جو کہ مرض کی عین ہے، بالہ انطاف کے طریقہ (refraction halo method) کے  
 ذریعہ ظاہر کی جاسکتی ہے۔ تختی پر ایک پتلی سی دموی فلم اس طرح بنائی جاتی ہے کہ  
 جسامت باہم متراکب نہ ہوں۔ اس کو روشنی کے سامنے رکھنے پر ایک مستدیر بالہ  
 نکھائی دیتا ہے، جس کا مقابلہ ایک طبعی فلم سے حاصل کردہ بالہ سے کیا جاتا ہے۔  
 ایک سببہ چھوٹا بالہ کبیر خلویت کی دلیل ہے۔

انذار۔ یہ اصابتیں، دموی جوہر کے ذریعہ علاج کرنے پر امید افزا بحیثیت  
 ظاہر کرتی ہیں، اور تحت الحاد مزاج انحطاط کی ابتدائی علامتیں غائب ہو جاتی ہیں  
 اگرچہ اس کے لئے جگر کی نسبت بڑی مقادیر ضروری ہوتی ہیں، اور جب جیسے حقیقتہً  
 تلف ہو گئے ہوں تو یہ علاج کوئی فائدہ نہیں کرتا۔ یہ علاج غیر متعین مدت تک جاری  
 رکھنا چاہئے۔

علاج۔ مائنٹ (Minot) اور مرنی (Murphy) کی جگر کے علاج کی ایجاد

مقابلہ اس انقلاب عظیم کے ساتھ کیا جاسکتا ہے جو انسولین کے انکشاف نے دنیا میں  
 کے علاج میں پیدا کر دیا ہے۔ اس علاج کا فعلیاتی نقطہ نگاہ پہلے بیان کیا جا چکا ہے۔  
 پاؤ بھ ہلکا پکایا ہوا جگر روزانہ براہ دہن دیا جاتا ہے۔ اس کا مزہ چھپانے کے لئے  
 اس کے ساتھ آنکوی پیسٹ (anchovy paste) یا لحمی خلاصہ جات (meat  
 extracts) مثلاً باورل (Bovril) یا نارنگی کارس ملکر دے سکتے ہیں۔ یا اسکو  
 کاٹ کر لوندے بنائے جاسکتے ہیں، اور ان کو رائس پیپر (rice-paper) میں  
 لپیٹ کر سالم نگلا جاسکتا ہے۔ کچے معدہ خنزیر کے چھادوش اس کے معادل ہیں۔  
 خلاصہ جگر سفوف یا مانع کی شکل میں بھی لیا جاسکتا ہے، لیکن تحت الحاد مزوج انحطاط  
 کو شفا دینے کے لئے یہ اتنا مفید نہیں ہے۔ خلاصہ جگر ماہی نہایت ہی قوی ہے۔  
 مجفف معدہ خنزیر بھی لیا جاسکتا ہے۔ لیکن یہ تجہیزات بعض اوقات غیر فعال  
 ثابت ہوئی ہیں۔ متلف عدم دمویت کی بعض اصابتیں علاج سے اثر پذیر  
 نہیں ہوتیں کیونکہ معارضے دموی جو ہر جذب نہیں ہوتا۔ ایسی حالت میں اثرات  
 کرنے ضروری ہیں، اور دروں عضلی (یا زیر جلدی) اور دروں ویدی اثرات  
 485 کے لئے خلاصہ جات جگر مل سکتے ہیں۔ اگر پھر بھی جمیبت نہ ہو، تو تجہیز غالباً غیر فعال  
 ہے۔ یہ تجہیزات ایسی مقداروں میں تجویز کی جاتی ہیں کہ وہ اس جگر کے اصلی وزن  
 کے معادل ہوں کہ جس سے وہ لی گئی ہیں۔ اب ایسے خلاصہ جات جگر مل سکتے ہیں  
 کہ مریض کو صحت کی حالت میں رکھنے کے لئے ہر چار یا آٹھ ہفتوں کے بعد ایک  
 مرتبہ ان کا اشراب کرنے کی ضرورت ہے۔ ابتدائی درجوں میں ایک پونڈ جگر کا  
 خلاصہ دینے کی ضرورت پیش آتی ہے، تاہم ما بعد درجوں میں اس مقدار کو  
 گھٹا کر پونڈ یا اس سے بھی کم کیا جاسکتا ہے۔ وقتاً فوقتاً دموی شمار یا دان  
 ڈن برگ کا امتحان کرنا مناسب ہے۔ اس علاج سے چند ہی روز کے اندر  
 مریضوں کی حالت بہتر ہو جاتی ہے، اور ممکن ہے کہ بالآخر ان کا رنگ غیر معمولی طور  
 پر کفلام ہو کر ان کے پہلے پھیکے زرد رنگ سے بالکل برعکس ہو جائے۔ عفونت کے  
 سرچشموں کا تدارک بھی ضروری ہے، خواہ یہ عفونت دانوں، لودین یا انٹی تبا  
 کے باعث ہو۔ ممکن ہے نہایت خطرناک اصابتوں میں ابتداء علاج میں نقل الدم

عمل میں لانا قرین مصلحت ہو، خاص کر اگر تپش بلند ہو۔ برونی عامل کی گہوں کے بیج اور لبن بوزہ گراں کے الکھلی خلاصہ اور مارمایٹ (marmite) (5) میں موجود ہوتا ہے اور اگر معدہ میں ”درونی عامل“ کی کافی مقدار موجود ہو، تو ان اشیاء کے دینے سے بہت فائدہ ہوگا، یا ممکن ہے کہ ابتدائی علاج کے بعد ”درونی عامل“ کی اتنی مقدار پیدا ہو جائے کہ مارمایٹ کو تنہا دیا جاسکے (6)۔

دوسری کبیر خلوی عدم دمویتیں۔ یہ تلف عدم دمویت سے مشابہ ہوتی ہیں اور بعض کو بقیہ مختلف عدم دمویت تصور کیا جاسکتا ہے۔ بائلی روبین دمویت اکثر اتنی نمایاں نہیں ہوتی اور بعض اوقات بائلی روبین دمویت اور ایک خرد خلوی عدم دمویت موجود ہوتی ہے۔

ان کے اسباب یہ ہیں:۔ قرص یا سرطان کی وجہ سے معدہ کا جزوی استیصال ناقص مموی انجذاب، معدی قولونی ناسور، معاصر صغیر کا جزوی استیصال، معالی ضیق اور تدریجی تقرح، شمی اسہال بشمول شکمی مرض کے، اسپرو (sprue) اور ذوبہ جیہ (diphyllobothrium latum) (18)۔ ان میں سے بہت سی اماتوں میں بے ترشگی موجود ہوتی ہے، جو اس وقت جب کہ مریض کی حالت میں اصلاح ہو جاتی ہے، رفع ہو جاتی ہے۔

غیر تکوینی عدم دمویت (aplastic anaemia)۔ یہ مرض سالورسان اور بنزال کے دوسرے مرکبات کے تسم (20) سے، اور لاشاعوں میں حد سے زائد تکشف سے پیدا ہو سکتا ہے۔ لب عظام کی سرایت ثانوی ہو سکتی ہے (21)۔ سرخ جسامات اور ہیموگلوبن مہمول کے تقریباً ۲ فی صدی تک گھٹ جاتے ہیں اور کوئی قوت نہ تقریباً اکائی ہوتا ہے۔ نوات وار سرخ جسامات اکثر نہیں ہوتے۔ کثیر الاشکال نواتی خلیوں کی تغلیل کے باعث قلت جسامات پیدا ہو جاتی ہے۔ لب عظام مختلف عدم دمویت کے لب عظام سے عجیب طور پر اختلاف رکھتا ہے اور پھیکے رنگ کا اور شمی ہوتا ہے اور خون کی باز پیدائش کے تمام امارات سے معرا ہوتا ہے۔ چنانچہ لب عظام کی عدم تکوین ہوتی ہے، جو مرض کا اولی سبب شمار کی جاتی ہے۔ بعض اماتوں (نزفی نا سفید دمویت

(aleukia hæmorrhagica =) میں دموی لوجیوں کی بہت کمی یا کمال غیر موجودگی بھی ہوتی ہے اور اسی کے ساتھ ایک شدید نرئی رجحان ہوتا ہے اور عرصہ ادماہ میں تاخیر ہوتی ہے لیکن عرصہ ترویج میں نہیں ہوتی۔ یہ حالت شدید قسم کے پریپٹوراسے مماثل ہوتی ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 445)۔ جگر کے علاج سے کامیابی نہیں ہوتی، کیونکہ فائڈ تکون الدم کے سب سے ابتدائی درجے میں واقع ہوتا ہے (شکل ۵۳)۔ مکرر ۳۰۰ دفعہ تک نقل الدم کرنے سے ایک مریض کو سات سال تک زندہ رکھا گیا ہے جواب بھی زندہ ہے (34)۔

غیر ذراتی خلویات (قلت جیسات تعدیل پسند)۔ یہ ایک متہانس حالت ہے جس کی زیادہ تر خصوصیت سفید گوں (ذراتی) خلیات کی تقلیل ہے جس کے ساتھ خلق کی شدید سرایت زدگی ہوتی ہے جو کہ غیر ذراتی خلوی ذبحہ (agranulocytic angina) ہے [مثلاً وینسٹ (vincent) کا ذبحہ یا دیگر سرایت۔ یہ رائے دی گئی ہے کہ دموی حالت اولی ہے اور یہ کہ سرایت زدگی اس لئے ہوتی ہے کہ قلت جیسات تعدیل پسند کا نتیجہ قوت یافتہ میں تخفیف ہوتا ہے۔ اس کے ساتھ عدم تکوینی عدم دمویت ممکن ہے جو یا نہ ہو۔ لمفی خلیات ممکن ہے طبعی رہیں یا ممکن ہے کچھ تخفیف ظاہر کریں۔ لیکن ممکن ہے پہلے پہل ایک نواتی خلویات موجود ہو (10)۔ نکمات کئی سال تک ہوتے رہتے ہیں اور بے اوقات ان کے ساتھ سرایت زدگی بھی ہوتی ہے۔ یہ رائے دیکھی ہے کہ اس مرض کی زیادتی ایمیڈوپائٹرینا (amidopyrina) (pyramidon) کے یا باربٹ یوریت (barbiturate) کے ساتھ اس دوا کے امتزاج (11) کے عام رواج کے ساتھ ہنرمان پائی گئی ہے۔ لب عظام میں ناقص تکون ظاہر ہوتا ہے جس کے ساتھ ذراتی خلوی خلیات کی عدم موجودگی پائی جاتی ہے۔ غیر ذراتی خلوی ذبحہ میں شرح اموات ۵۰ فی صدی سے اوپر ہوتی ہے، لیکن جب اس کا علاج پینٹوسس نیوکلیوٹائیڈ (pentose nucleo-tide, K96) کے ذریعہ کر کے کثیر الاشکال تکون کو بھجان میں لایا جاتا ہے تو یہ شرح گھٹ کر ۲۵ فی صدی (8) ہو گئی ہے اگرچہ بعض اصابتیں بالکل کوئی بھجیت ظاہر نہیں کرتیں (9)۔

بچپن کی غیر مملوین الدموی عدم دموتیاں - یہ فی الجملہ بالغ عدم دموتیوں کے ساتھ مشابہ ہوتی ہیں۔

کبیر خلوی عدم دموتیاں سبب ہیں، لیکن وہ دو برگی جو بیہ عریضہ کی سرایت میں اور شکمی مرض میں برونی عامل کی عدم موجودگی کے باعث پانی گئی میں چنانچہ ماراٹ دینے سے شفا یابی ہو گئی ہے، کیونکہ برونی عامل اس میں موجود ہے۔

خرد خلوی عدم دموتیوں میں سے سب سے پہلے اس عدم دموت کی طرف توجہ مبذول کی جاتی ہے جو کہ اسکروی اور قلمات (cretinism) سے پیدا ہوتی ہے، اور علی الترتیب حیاتین ج اور دقیدہ دینے سے شفا یاب ہو جاتی ہے۔ شکمی مرض بالعموم اسی قسم کی عدم دموتیت پیدا کرتا ہے۔ عام ترین عدم دموتیت وہ ہیں جو کہ تغذیاتی ہیں، اور ان میں ایک اہم عامل یہ ہے کہ اگرچہ ولادت پر سبکراؤ لہال میں کثرت سے لوہا موجود ہوتا ہے، تاہم رضاعت کے دوران میں یہ ذخیرہ بتدریج کم ہو جاتا ہے، کیونکہ دودھ میں بہت کم لوہا ہوتا ہے، اگرچہ پستانی دودھ میں گائے کے دودھ کی بہ نسبت یہ زیادہ ہوتا ہے۔ زمانہ شیرخواری کی عدم دموتیت کی وجوہات مندرجہ ذیل بھی ہو سکتی ہیں :- ماں کی عدم دموتیت کے باعث لوہے کا قبل الولادت ذخیل کم ہو یا ولادت قبل از میعاد ہو جائے قبل اس کے کہ یہ ذخیرہ مکمل ہو یا تو ام حمل میں لوہے کی احتیاج تقریباً دو گنی ہو۔ یا لوہے کی بعد الولادت رد و قلیل ہو یعنی دودھ میں لوہے کی قلت ہو، یا طویل مدت تک دودھ پلایا جائے۔ علاج اس کا وہی ہے جو کہ سادہ بے ترشہ عدم دموتیوں کے لئے ہوتا ہے یعنی فیرس سلفیٹ (مگرین) گلوکوس اور شاید ذرا سے تانے کے ہمراہ پانی میں گھول کر دن میں تین مرتبہ دینا۔ تانے کا فصل یہ ہے کہ یہ اس لوہے سے جو کہ جگر میں مذکور ہوتا ہے، ہیمو گلوبن تیار کرنے میں مدد دیتا ہے (15)۔

اس کتاب کی سابقہ ایڈیشنوں میں وان جیکس (Van Jaksch) کی مراضیعی کا ذب بیض دموی عدم دموتیت (زمانہ شیرخواری کی طحانی عدم دموتیت) ایک مستقل مرض کے طور پر بیان کی گئی ہے۔ خون میں سفید خلیات کی زیادتی .... ہم تک پائی جاتی ہے، جن میں چند لہی خلیات پائے جاتے ہیں۔ مگر او

لمحال بڑے ہوئے ہوتے ہیں۔ یہ حالت غالباً شیرخوار بچہ کے لب عظام کی وہ معمیت ہی جو کہ وہ عدم دمویت پیدا کرنے والے مختلف عوامل کی طرف ظاہر کرتا ہے خاص طور پر سرایت کی طرف اور ایک مریض میں پیشی بے صفرا بولی یرقان پیدا ہو گیا (16)۔

## آلوف الدموی عدم دمویٹیں

(HAEMOLYTIC ANÆMIAS)

آلوف الدموی عدم دمویٹوں کا ایک گروہ خاندانی ہے اور اس میں بے صفرا بولی خاندانی یرقان، داسی غلوی عدم دمویت، جو کہ یرقان غدی کلائیوں اور ٹانگوں پر قدمات کے ہمراہ حبشیوں میں پائی جاتی ہے، شیرخوار بچوں کی نمایت ہی شاذاً حمونا ہضی عدم دمویت، اور نوزائیدوں کا خطرناک یرقان شامل ہیں۔ پھر مختلف سرایتیں جن میں گیس گنگرین سب سے خراب عدم دمویت پیدا کرتی ہے، مزمن تفتیح، اطالت پذیر جمیات، کسمی بقی مرض، بشمول نفاسی تب کے، حاد ریت، ساری التهاب دروں قلبہ جو کہ اور طبی باز روی کے ساتھ متلازم ہوتا ہے، مدرن، آتشک، بشمول دوری ہیموگلوبن بولیت کے، لیریا ہے۔ اور پھر زہر مثلاً مشتقات اینی لائن، رصاصی سم، اور مکرر نقل الدم اور سب سے آخر میں حل ہے۔

علامات۔ اگر آلوف خون سرعت سے ہو تو ہیموگلوبن دمویت اور یرقان پیدا ہو جاتے ہیں۔ لونی قوت نما، لب عظام کی معمیت کی نوعیت پر منحصر ہوتا ہے، جیسا کہ پہلے بیان کیا جا چکا ہے، اور زور دار معمیت کی حالت میں شبکی غلویت اور نواۃ دار سرخ غلیات دیکھے جاتے ہیں۔ بسا اوقات جگر اور لمحال کی اور کبھی کبھی لہفی غدو کی کلائی واقع ہو جاتی ہے۔

## بے صفرا بولی یرقان

(acholuric jaundice)

### مزمن کلاں طحالی اتلاف الدموی یرقان

(chronic splenomegalic hæmolytic jaundice)

یرقان کی اس مقابلہ شاذ شکل میں قناتوں کا تعدد نہیں ہوتا، کیونکہ براؤ کا رنگ طبی رہتا ہے اور قارورہ، قطع نظر شدید حلوں کے، صنف سے معرا ہوتا ہے۔ لیکن اس میں یورو باکٹین موجود ہوتی ہے۔ اس کے برعکس دموی مصل میں صنف صفر موجود ہوتا ہے، مگر وہ یورو باکٹین یا یورو باکٹینوجن سے معرا ہوتا ہے۔ اس سے وائڈن برگ کا بالواسطہ امتحان حاصل ہوتا ہے۔ اولی سبب سرخ خلیوں کا ایک نقص ہے، جو زیادہ بھر بھرا پن ظاہر کرتے ہیں (ملاحظہ ہو صفحہ 428)۔ طحال ان خلیات کو تعداد کثیر میں تلف کرتی ہے، اور خون میں کا صنف صفران خلیوں کے ہیوگلو۔ بن سے آتا ہے۔ اگر خون کی قمو بیضی بادی پیدائش ناکافی ہو تو مریض عیدم الدم ہو جاتا ہے۔ نسبیاتی لحاظ سے طحالی لب میں کثیر استعداد طبی منظر رکھنے والے سرخ خلیے موجود ہوتے ہیں، اور فاعلی دم پاش درجہ میں آزاد صنف آہن موجود ہوتا ہے۔ اجواف نسبت خالی ہوتے ہیں۔ یہ مرض پیدائشی اور اکتسابی، دو شکلوں میں ہوتا ہے۔

437

بے صفرا بولی خانلانی یرقان (acholuric familial jaundice)۔ یہ

یرقان جو خاندان کے متعدد ارکان میں ہوتا ہے، اکثر پیدائش کے بعد فوراً دیکھا جاتا ہے، یا بعد میں تدریجاً نمودار ہو جاتا ہے۔ ممکن ہے کہ یہ سالہا سال تک جاری رہے، یا یہ صاف ہو کر وقتاً فوقتاً پھر ہوتا رہتا ہے۔ مریض عیدم الدم ہوتا ہے سرخ خلیے گھٹ کر ۳۰۰۰۰ یا ۳۵۰۰۰ ہو جاتے ہیں، اور معتدل درجہ کی بولقوں خلویت، خلوی لاتساوی، متعدد الوان پسندی اور نقطہ دار اس پندی ظاہر کرتے ہیں۔ اور نوات دار سرخ خلیے بھی موجود ہوتے ہیں۔ شبکی خلویست دنی صدی سے زائد ہونا، ایک نمیز خاصہ ہے۔ سرخ خلیات چھوٹا قطر رکھتے ہیں، لیکن طبی سے زیادہ دیر ہوتے ہیں۔ ہیوگلو۔ بن ۵۰ یا ۴۵ فی صدی تک گھٹ جاتی ہے



اور لونی قوت نما اکائی سے قدرے کم ہوتا ہے۔ سپید خلیے عموماً معمول کے نسبت کم تعداد میں ہوتے ہیں، لیکن بعض اوقات سپید خلیوں کی کثرت ہوتی ہے بعض اوقات لمفی خلیوں کی تعداد حد سے زائد ہوتی ہے، اور ممکن ہے کہ چند لمفی خلیے بھی موجود ہوں۔ لمحال بڑھی ہوئی ہوتی ہے اور معلوم ہوتا ہے کہ مرضی حالت کی ترقی کے ساتھ اس کی سختی بڑھتی جاتی ہے۔ جگر محض خفیف سا بڑھا ہوا ہوتا ہے، اور اس کا اکٹب ہونا معلوم ہے۔ وہ اکثر اشتداد مرض کے دوران میں بڑا ہو کر بعد میں چھوٹا ہو جاتا ہے۔ دوران طفلی میں مریض عموماً اس طرح ٹھٹھڑے ہوئے نہیں ہوتے جیسے کہ کلاں لمحالی کہتے ہیں ہوتے ہیں (ملاحظہ ہو صفحہ 397) اور نہ ان کی انگلیاں گرز شکل ہوتی ہیں۔ مزید برآں ممکن ہے کہ یہ عارضہ ان کے لئے چنداں تکلیف نہ ہو، اور وہ سالہا سال تک زندہ رہیں۔ نئی احمرنا مضمی بافت لب عظام کے باہر پیدا ہو سکتی ہے۔ کسبہ میں یہ تودے لاشعاعوں کے ذریعہ دیکھنے پر دروں صدی نو مایہ سے غلط ملط ہو سکتے ہیں۔ سنگھائے صفرا کا رجحان بھی پایا جاتا ہے۔

اکتسابی بے صفرا بولی یرقان (acquired acholuric jaundice)۔

مرض کی اس شکل میں علامات بالغ زندگی میں غیر محسوس طور پر پیدا ہو جاتے ہیں۔ عدم دمویت اکثر نمایاں ہوتی ہے، اور ممکن ہے کہ سرخ جسامت ٹھٹ کر ۲۰۰۰۰۰ یا ۵۰۰۰۰۰ ایا اس سے بھی کم ہو جائیں۔ لونی قوت نما بعض اوقات متلف عدم دمویت کی طرح اکائی سے اوپر ہوتا ہے۔ یرقان اکثر بہت خفیف، اور لمحال بڑھی ہوئی ہوتی ہے۔ سرخ جسامت کا بھر بھرا پن چنداں صابوں میں طبعی ہوتا ہے۔ مرض کی دونوں شکلوں میں، لیکن بالخصوص اکتسابی شکل میں دم پاشیدگی کے اشتدادات واقع ہوتے ہیں، اور منظر خون متلف عدم دمویت سے مشابہ ہوتا ہے۔

علاج۔ متلف عدم دمویت کی طرح جگر سے علاج کرنا چاہئے، بالخصوص اس وقت جب کہ سرخ خلیات ویسے ہی میز تغیرات ظاہر کریں۔ اکتسابی اور پیدائی دونوں اصابتوں میں لمحال کا استیصال کر دینے سے شفا ہو گئی ہے، اور اگر عدم دمویت شدید ہو تو اسی کو انجام دینا چاہئے۔ یہ امر یاد رکھنے کے قابل ہے کہ اگر تندرست جانوروں میں لمحال کا استیصال کر دیا جائے تو جسامت کا طبعی بھر بھرا پن



اوقات دس یا بارہ سال تک جاری رہتا ہے، اور عدم دموییت آہستہ آہستہ بڑھتی جاتی ہے۔ ممکن ہے کہ قے الدم مکرر ہو اور دوسرے نزعات جیسے کہ رُغاف یا سبکی تیز نزف واقع ہوں۔ جگر بڑھا ہوا ہوتا ہے اور باطنہ کی تکلیفیں ہوتی ہیں۔ لیکن لمفائی غدہ کی کلائی نہیں ہوتی، اور بالعموم تپ بھی نہیں ہوتی۔ بعض اصابتوں میں جسد کی نمایاں لونیت پیدا ہو جاتی ہے۔ یہ مرض دونوں صنفوں میں، اور بچپن سے لے کر آخری اوجیز عمر تک ہر سن میں ہوتا ہے۔ بعض اصابتوں میں ایک طویل عرصہ کے بعد جگر اور بھی زیادہ بڑا ہو جاتا ہے اور واضح طور پر اکبب ہوتا ہے۔ پھر اسکے بعد استسقاء شکمی ہو جاتا ہے، اگرچہ یہ بعض اوقات کبست کے بغیر بھی ہو جاتا ہے۔ جگر کی واضح کبست اور استسقاء شکمی کا مترادف ہونا عموماً مرض *Banti's* (Banti's disease) کے نام سے یاد کیا جاتا ہے۔

دوسری اصابتوں میں طحالی عدم دموییت کے ساتھ طحالی وریدوں کی طبعیت پائی جاتی ہے۔ کہنہ اصابتوں میں مزمن گرد کبدی التهاب اور گرد طحالی التهاب ہمیشہ موجود ہوتے ہیں۔

**تشخیص**۔ ممکن ہے کہ یہ مرض غیر بیض دمویتی بیض دموییت، متلف عدم دموییت اور ساری التهاب دروں قلبہ کے ساتھ خلط ملط ہو جائے۔ اس کے حمیزہ خصائص یہ ہیں :- ۱۔ انخسریت کی قسم کی عدم دموییت، سپید جیات کی قلت، طحال کی بڑی جسامت، بیض دموییت کی عدم موجودگی اور لمفائی غدہ کی کلائیوں کی تمام موجودگی، مرض کی طویل مدت، اور نزعات کا وقوع۔ خبیث التهاب دروں قلبہ کے ساتھ خلط ملط ہو جانا ممکن ہے، کیونکہ اس آخری مرض میں طحال بہت بڑی اور عدم دموییت بہت نمایاں ہو سکتی ہے، اور ساتھ ہی پر پیورا اور نزعات واقع ہو سکتے ہیں۔ اور طحالی عدم دموییت میں دموی خریات کا موجود ہونا ممکن ہے۔

کبست کی ان اصابتوں میں جن میں عموماً طحال بڑی ہوتی ہے، مزمنی کی تشخیص قائم کرنے کا احتمال بہت زیادہ ہے۔ مصری کلائی طحال (Egyptian splenomegaly) (جو ملاحظہ ہو) سے اس مرض کی مشابہت کو بھی یاد رکھنا چاہئے۔

علاج - لوہ اور سکنکیا بے کار ہیں۔ اور اگر کچھ عرصہ مشاہدہ کے بعد تشخیص قائم ہو جائے تو طحال کا استیصال کر دینا جائز ہے۔ اگرچہ یہ نزف کے خطرے سے خالی نہیں تاہم بعض امیبتوں میں پوری کامیابی حاصل ہوئی ہے۔ بیض دمویت کی طرح اس مرض میں بھی رائجی شامیں آزمائی جاسکتی ہیں۔ نقل الدم ایک مفید تحقیقی تدبیر ہے۔

## بیض دمویت

(LEUKÆMIA)

(leucocythæmia = سفید خلیہ دمویت)

یہ نام مرض کی ان امیبتوں کو دئے گئے ہیں جن میں خون کے سپید خلیوں کی مجموعی تعداد میں یا سپید خلیوں کی کسی خاص قسم میں (غیر بیض دمویتی بیض دمویت = aleukæmic leukæmia) آگے ملاحظہ ہو) بڑی اور مسلسل زیادتی ہو اور اس کے ساتھ ہی لب عظام طحال یا لمفائی غد میں تغیرات واقع ہوں۔ بحث اسباب - بیض دمویت کی کسی شکل کا سبب معلوم نہیں۔ ممکن ہے کہ یہ سپید خلیے پیدا کرنے والے اعضا کی وہ استجابت ہو جو کہ کسی سرایت کے لئے ظاہر ہوئی ہو یا ممکن ہے کہ وہ محض سپید خلیوں کا لمفی سلو ہو۔ لیکن کبھی کبھی عفونی حالت کے بعد فوراً بیض دمویت واقع ہو جاتی ہے۔ لمفی خلوی (myelocytic) قسم عورتوں کے نسبت مردوں میں زیادہ اور زیادہ تر ادھیڑ عمر میں، گو بعض اوقات بالکل چھوٹے بچوں میں بھی (لیکن شیرخواروں میں شاذی) واقع ہوتی ہے۔ لمفی خلوی (lymphocytic) بیض دمویت نوعمر اشخاص میں زیادہ عام ہوتی ہے۔

امراضیات - سفید گوں خلیات یا لمف آسایلیوں کی از حد زیادہ پیدائش ہو کر مرض کی دو میز شکلیں پیدا کرتی ہے اور دوران خون میں سپید خلیوں کی غیر منتہی مشکلوں کا ایک لشکر جمع ہو جاتا ہے۔ ممکن ہے کہ مرض کی مختلف قسموں میں لب عظام

طحال اور لمفائی غدہ، یہ سب سفید خلیوں کو فاعلی طور پر پیدا کرنے کا فعل اختیار کر لیں۔ جب یہ فعل جاری رہتا ہے تو طبعی ذخیروں پر اور بھی زیادہ دباؤ پڑتا ہے اور یہ طبعی خون کے اندر اور بھی زیادہ اولین شکل میں بھیج دئے جاتے ہیں۔ بعض اصابتوں میں طبعی ذخیروں کی اس بڑھی ہوئی فعالیت کے ساتھ غیر معمولی مقامات پر سفید خلیوں کو پیدا کرنے والے تازہ رقبے بن جاتے ہیں جو یا تو لبت آسا (myeloid) یا لبت آسا (lymphoid) نوعیت کے ہوتے ہیں۔ لیکن یہ کہ یہ درریش جلد کے نیچے یا جسم کے مختلف حصوں میں گرہیں پیدا کر دیں (گرہ کی بیض و مویٹ nodular leukaemia = یا سلسلہ انحصار جو آن کی سبز رنگت کی وجہ سے اس نام سے یاد کیا جاتا ہے۔ آگے ملاحظہ ہو)۔ منفی لحمی سلسلہ کے ساتھ قریبی تعلق ہوتا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ ۱۴۱)۔

439

بیض و مویٹ میں اساسی تحول زیادہ ہو جاتا ہے۔ کیمیائی امتحان خون میں یورک ایسڈ کی نہایت زیادتی ظاہر کرتا ہے جس کے متعلق یہ باور کیا جاتا ہے کہ یہ سفید خلیات کے اتلاف سے پیدا ہوتا ہے۔

## لبی خلوی بیض و مویٹ

(MYELOCYTIC LEUKAEMIA)

طحالی لبتی سفید گوں، لب آسا، یا ذراتی بیض و مویٹ، لبتی خلوی مویٹ

(spleno-medullary, leucoid myeloid, or granular

leukaemia ; myelocythæmia)

خون کی حالت۔ بیض و مویٹ کی خوب نمایاں مثالوں میں جب خون زخم سے نکلتا ہے تو شاحب اور پتلا ہوتا ہے، اور جیسا کہ موت کے بعد دیکھا جاتا ہے، وہ پھیکے رنگ کے پیپ جیسے تھکے بنا دیتا ہے۔ سفید جسامت فی کعب ملی میٹر بجائے ۸۰۰۰ یا ۹۰۰۰ کے ۲۰۰۰۰ سے ۹۰۰۰۰ تک ہوتے ہیں اور سرخ جسامت ۳۰۰۰۰ سے لے کر ۲۰۰۰۰۰ تک یا بلکہ اتنے کم کہ ۱۰۰۰۰۰ ہو سکتے ہیں۔ نوات دار سرخ خلیے کثیر التعداد ہوتے ہیں۔ لونی قوت نما اکائی سے کم ہوتا ہے، لیکن اگر آخری درجوں میں کبیر نامی رد عمل ہو تو وہ بلند ہوئے کار جہان رکھتا ہے،

جس میں سرخ خلیے متلف عدم دمویت کے میز خعائص ظاہر کرتے ہیں، لیکن جہاں تک سپید خلیوں کا تعلق ہے منظر خون سفید گوں بیض دمویت کا ہوتا ہے، جس میں سفید شمار کیتھار کم ہوتا ہے۔

مرض کے نسبتاً ابتدائی درجے میں، بالخصوص جب کہ مرض مزمن ہو، کثیر الاشکال نواقی خلیے نہایت کثیر التعداد ہوتے ہیں۔ اُن میں سے بیشتر معمول کے نسبت بہت بڑے، اور بعض سرسجھا انحطاط یافتہ ہوتے ہیں۔ ایسے بعد لئی خلیے بھی موجود ہوتے ہیں جن کے نوات نخل نما ہوتے ہیں، اور چند تمثیلی ذراتی اور ایوسین پسند لئی خلیے بھی۔ ایوسین پسند اور مستوی خلیات زیادہ ہو جاتے ہیں، لیکن لمفی خلیے بہت زیادہ نہیں ہوتے نسبتاً بعد کے درجے میں چند ہی طبیعی سپید خلیے موجود ہوتے ہیں، لیکن پیش سپید خلیے، لمفی خلیے، پیش لئی خلیے اور مستوی خلیات بہ کثرت ہوتے ہیں۔ اس کے اور بعد میں لئی، نابضات کا غلبہ ہوتا ہے۔ اگر ممرض سرسجھا ہے (لمبی ناھضی بیض دمویت = myeloblastic leukaemia) تو نسبتاً زیادہ اولیں خلیات، یعنی لئی، نابضات، ابتدائی سے بڑی تعداد میں دیکھے جاتے ہیں، اور دوسرے اقسام کے سپید خلیے غیر موجود ہوتے ہیں، اور دموی لوجے بھی کم ہو جاتے ہیں۔

مرضیاتی تشریح۔ طحال کا وزن اکثر ۶ یا ۷ پاؤنڈ ہوتا ہے، لیکن ۱۰ پاؤنڈ کا وزن بھی مندرج ہوا ہے۔ وہ کیساں طور پر بڑی ہو جاتی ہے اور اپنی طبعی شکل برقرار رکھتی ہے۔ اس کی سطح پر اکثر کیسہ کی دبازت کی چمکتیاں موجود ہوتی ہیں، اور وہ دیوار شکم، ڈایا فرام، یا متعلقہ احشاء سے کم و بیش چسپی ہوئی ہوتی ہے۔ ترشے پر اس کا رنگ سرخ ہونے کے بجائے کیتھار بھورا سا ہوتا ہے، جو کیساں ہوتا ہے، یا سبکوں کی دبازت کی وجہ سے نسبتاً پھیلے رنگ کے خطوط کے نشان موجود ہوتے ہیں۔ وہ چکنی، سخت اور خشک ہوتی ہے۔ اکثر اوقات بڑے بڑے فائدہ نما مغضات ہوتے ہیں، جو یا تو زرد اور مبینی یا سرخ اور زنی ہوتے ہیں۔ خود طحال میں جو تغیر ہوتا ہے وہ یہ ہے کہ طحالی کتب بہت بڑھ جاتا ہے، جو انیس خلیوں سے پُر ہوتا ہے جو خون میں پاؤ جاتے ہیں، اور مایعہی اجسام کے خاکے غیر واضح ہوتے ہیں۔ کہنہ اصابتوں میں، سیکل زیادہ لینی، اور سبکیں زیادہ دبیز ہو جاتی ہیں۔

جگر بڑھا ہوا ہوتا ہے، اور ممکن ہے کہ اس کی جسامت معمول کے نسبت دو گنی یا تین گنی ہو جائے۔ وہ پیکے رنگ کا اور چمکنا ہوتا ہے، اور ممکن ہے کہ خردبین کے نیچے سپید خلیوں کی ایک کثیف درریش (لبی خلوی درریش) ظاہر کرے، جن کی بیشتر تعداد بانی عروق کی توزیع کے گرد واقع ہوتی ہے، لیکن ایک حد تک گراہی تو دونوں کی صورت میں بھی ہوتی ہے۔ عروق بھی سپید خلیوں سے پر ہوتے ہیں۔ گسے پیکے رنگ کے اور رادی مائل سپید مطروحات ظاہر کرتے ہیں، جو قشری ایندھن کے درمیان دھاریوں کی طرح دوڑتے ہیں۔ ممکن ہے کہ التهاب الفم یا التهاب بلعوم، لوزتین کا ورم، اور زبان کی جڑ میں کے جراثیمات کا ورم، اور معائ کے جراثیمات کا ورم اور قلع بھی ہو۔ تیموسی (thymus) دھرقی (thyroid) اور فوق الکلیڈ غلہ بھی مریض ہو سکتے ہیں، اور جلد کی رسولیاں بھی مندرج ہیں۔ بعض اوقات پھیپھڑے، نرخی مفاصل پیش کرتے ہیں۔ لب عظام زرد اور ریم نما یا گلابی اور سخت ہوتا اور لب کی چربی کے بجائے فاعلی لب جیسی ایک بافت پیدا ہو جاتی ہے، جس میں لبی خلیات اور لوات دار سرخ خلیے بکثرت ہوتے ہیں اور ان کے ساتھ بعض اوقات ایوسین پسند خلیے ہوتے ہیں اور لبی ناہضات یا بڑے لینی خلیے ہوتے ہیں۔ گاہے گاہے دماغی نرخی کے علاوہ دماغ اور نخاع میں منتشر تصلّی تغیرات اور حاد التهاب کے منتشر قبعہ پائے گئے ہیں۔

440

علامات۔ حاد لبی ناہضی بیض دمویہ (acute myeloblastic)

(leukæmia)۔ ممکن ہے کہ یہ تمام بیض دمویہ میں سب سے زیادہ عادی ہو، اور ایک مریض میں مرض کا سارا نمبر ایک ہفتہ سے بھی ذرا ہی کم تھا (22)۔ خون کے اندر لبی ناہضات کی تعداد اور عدم دمویہ دونوں بہ سرعت زیادہ ہو جاتے ہیں۔ مزمن لبی خلوی اشکال کی طرح اس میں بھی کثیر التعداد نرخیات ہوتے ہیں۔

مزمن لبی خلوی بیض دمویہ (chronic myelocytic)

(leukæmia)۔ بیض دمویہ کے ابتدائی علامات میں سے کثیر التعداد اماتوں میں ورم شکم ہے جو کلائی طحال کے باعث پیدا ہو جاتا ہے، اور ممکن ہے کہ یہ کلائی بلا کوئی امارت ظاہر کئے کچھ عرصہ سے نمودار ہو رہی ہو۔ پھر ممکن ہے کہ

یشکم کی ساری بائیں جانب میں ممکن پائی جائے اور ایک مضبوط سخت رسولی بنادے جو پیچھے کے طرف پہلو کے اندر پھیلتی ہے، اور اس کا اگلا حاشیہ نوں ضلعی کُری کے قریب سے شروع ہو کر ناف کے لیول پر خط درمیانی میں پہنچ جاتا ہے، اور اکثر اوقات اس کے نیچے ۲ یا ۳ انچہ دائیں طرف کو پھیلتا ہے۔ یہ محل وقوع اس کے عروق سے اس کی پسیدگی کی وجہ سے پیدا ہو جاتا ہے، جو ات ایک ایسے دائرے کے محیط کے برابر بڑھنے پر مجبور کرتے ہیں، جس کا مرکز شکمی محوری شریان ہے۔ اس کا اگلا کناہ کم و بیش تیز ہوتا ہے اور ایک یا دو کناؤں پیش کرتا ہے۔ ابتدائی درجوں میں طال طیر پائی کلائیوں کی طرح اور جیسا کہ تب محرقہ کی بعض اصابتوں میں ہوتا ہے، محض بائیں مرقی خطے میں واقع ہوتی ہے۔ جگر معتدل درجہ تک بڑھا ہوا ہوتا ہے اور دائیں ضلعی حاشیہ بے نیچے ۲ یا ۳ انچہ تک محسوس ہو سکتا ہے۔ لب عظام کی ماؤفیت بعض اوقات دبائے سے یا متناظر ہڈی کا قعر کرنے سے اہمیت سے معلوم ہوتی ہے۔ مکن ہے کہ عدم دمویت جس کے ہمراہ جلد اور مخاطی اغشیہ کا شوب پایا جاتا ہے، تاخیر سے نمودار ہو۔

خون کی متغیر حالت، بھور اور نفزات کے وقوع سے ظاہر ہوتی ہے، اور آخر الذکر بالخصوص رُغاف، موڑھوں اور منہ سے ادا مار اور جلد کے نیچے پر پیڑائی دہتوں کی شکل اختیار کر لیتے ہیں، لیکن کبھی کبھی پھیپھڑوں، معدے اور آنتوں گردوں، یا رحم سے ادا مار، یا دماغ کے اندر نزف بھی ہوتا ہے۔ شبکیہ میں بھی نزفا ہوتے ہیں، جہاں وہ ایک چشم بین سے نظر آسکتے ہیں، اور ان کے ساتھ پسید دھاریاں اور دھبے بھی ہوتے ہیں، جو کہتے ہیں کہ پسید خلیوں کے تودے ہوتے ہیں۔ شبکیہ وریدیں اکثر نمایاں طور پر پھپھار ہوتی ہیں (بیض دمویتی التهاب شبکیہ = leukæmic retinitis)۔

مرض کا معمولاً مَترقی ہوتا ہے، یہاں تک کہ اس کا خاتمہ ہلاکت کے ساتھ ہو جائے، اور وہ چھ ماہ سے پانچ سال تک جاری رہتا ہے۔ خاتمہ کے قریب شوب زیادہ ہو جاتا ہے، پاؤں اور جسم کے دوسرے حصے اذیائی ہو جاتے ہیں، مکن ہے کہ استقاء شکمی اور استقاء الصدر متزاہ ہو جائیں، نبض تیز ہو جاتی ہے، اور اختلاج



اکثر ہوتا ہے۔ کبھی کبھی اسہال ایک نمایاں علامت ہوتا ہے۔ اکثر اوقات کچھ تپ موجود ہوتا ہے۔ بالآخر نقصان خون، ہناکت، اسہال، ذات الجنب، ذات الریہ، شخی الہتاب یا اتساع قلب سے، اور کبھی کبھی دماغی نزف سے موت واقع ہو جاتی ہے۔

**تشخیص۔** تشخص کا انحصار کلائی طحال (ملاحظہ ہو صفحہ 453) اور خون کے امتحان پر ہوتا ہے۔ آخر الذکر بالکل ناگزیر ہے۔ اس وقت بھی جبکہ مریض کا رنگ سرخ ہو، ممکن ہے کہ بیض دمویت نمایاں ہو۔

امداد راخنا موافق ہوتا ہے، لیکن موثر علاج کرنے سے ممکن ہے زندگی طالت پذیر ہو جائے۔ لہذا بعضی بیض دمویت ابتدائی مرحلہ میں ہلک ہو جاتی ہے۔

**علاج۔** سنکلیا ہی وہ دوا ہے جس سے سب سے زیادہ توقعات پیدا ہو گئی ہیں۔ اسے بالاسمعتال اور جب تک اس کی برواشت پائی جائے بڑھتی ہوئی مقداروں میں دینا چاہئے، اور اس کے اسمتال سے طحال کی کلائی اور سپید خلیوں کی تعداد بہت کم ہو گئی ہے۔ بنیزال (benzol) کے علاج کے تحت سپید خلیوں کی تعداد اور طحال کی جسامت میں حیرت ناک تخفیف دیکھی گئی ہے۔ اس کی روزانہ معاد ۳۰، ۶۰ یا ۹۰ قطرے ہیں، جو کیسوں کے اندر روغن زیتون کی مساوی مقدار کے ساتھ لئے جاتے ہیں۔ اس علاج کو سینگ (Selling) نے رائج کیا، جس نے دریافت کیا کہ بنیزال کے متعلق کام کرنے والے اکثر سپید خلیوں کی خطرناک قلت کے عارضہ میں مبتلا ہو گئے۔ عمیق لاشعاعی علاج طحالی خطے اور لمبی ہڈیوں (عظم الغضد) کے بڑنامیوں پر لگانے سے سپید خلیوں کی تعداد اور طحال کی جسامت دونوں کو کم کر دینے کا قطعی اثر رکھتا ہے اور ممکن ہے کہ یہ دونوں طبعی حالت کے ہو جائیں۔ جب سپید خلیوں کی تعداد کم ہو کر ۳۰۰۰۰ اور ۴۰۰۰۰ کے درمیان رہ جائے تو لاشعاعوں کا لگانا موقوف کر دینا چاہئے، کیونکہ ان کا فعل کچھ عرصہ بعد تک جاری رہتا ہے۔ اس امر کا لحاظ کرنا بھی اہم ہے کہ سفید خلیات اپنی اکال خلوی قوت برقرار رکھیں (85)۔

طحال براری (splenectomy) ہبوط یا نزف کے باعث ہمیشہ ہلک ہوئی

## لمفی بیض دمویت

(lymphatic leukaemia)

لمفی خلیوں، آسایا غیر ذراتی بیض دمویت، لمفی خلیہ دمویت

(lymphocytic lymphoid, or non-granular leukaemia ;

lymphocythæmia)

یہ لمفی خلیوں قسم کے نسبت زیادہ شاذ واقع ہوتی ہے۔  
خون کی حالت۔ مزمن لمفی خلیوں بیض دمویت میں لمفی خلیے زیادہ ہوجاتے  
ہیں، لیکن کثیر الاشکال اور دوسرے خلیوں کی تعداد تقریباً ویسی ہی رہتی ہے۔  
چنانچہ ممکن ہے کہ مجموعی سفید خلیوں شمار ۱۰۰۰۰ ہو اور ان میں سے ۹۵ فی صدی  
یا سب مل کر ۹۵۰۰ لمفی خلیے ہوں اور باقی ماندہ ۵۰۰ کثیر الاشکال ہوتے ہیں  
جن کے ساتھ چند ایوسین پسند اور متولی خلیات ہوتے ہیں۔ مادی لمفی بیض دمویت  
میں جو ایک سرخی مکرر کرتی ہے نسبت بڑے غیر پختہ قسم کے خلیے غالب تعداد میں ہوتے  
ہیں۔ لیکن ان کو لمبی ناممکن بیض دمویت کے لمبی ناممکنات سے تمیز کرنا اگر ناممکن نہیں  
تو مشکل ضرور ہے۔ اس کے خلاف ممکن ہے کہ سپید خلیوں کی مجموعی تعداد فی کعب  
ملی میٹر طبیعی تعداد کے نسبت بہت زیادہ نہ ہو یا بالکل زیادہ نہ ہو لیکن اگر اس میں  
مجموعی لمفی خلیوں کا مجموعی شمار فی کعب ملی میٹر زیادہ ہو جائے اور کثیر الاشکال خلیے  
غیر متغیر یا کم ہوں تو لمفی بیض دمویت کی حالت شناخت ہو جانی چاہئے۔ ایسی  
امیابتوں کو اکثر غیر بیض دمویتی بیض دمویٹ (aleukæmia leukaemia) کہتے ہیں۔ یہ لمفی لمفی سلمہ سے ناقابل تمیز ہے اور غالباً وہی ہے، کیونکہ دونوں میں  
لمفی غد اور خون کا نیسجاتی منظر بالکل مائل ہوتا ہے۔ حقیقت یہ ہے کہ وہ امیابتیں  
جو لمفی لمفی سلمہ کے طور پر شروع ہوتی ہیں، لمفی بیض دمویت کی حیثیت سے ختم  
ہوتی ہیں۔ عموماً ایک ثانوی عدم دمویت ہوتی ہے جس میں چند فوات داسرخ  
خلیے بھی ہوتے ہیں۔ جیسا کہ لمبی خلیوں بیض دمویت میں ہوتا ہے، ممکن ہے کہ کثیر  
ناممکنی رد عمل موجود ہو اور سرخ خلیات کا منظر متلف عدم دمویت سے مشابہ

ہوتا ہے۔

علامات۔ حاد لمفی خلوی بیض دمویت (acute lymphocytic

leukaemia) یہ دونوں صنفوں میں اور سات اور اٹھادس سال کے درمیان ہر عمر میں واقع ہوتی ہے۔ یہ بیماری دو ہفتوں سے لے کر تین یا چار مہینوں کے درمیان ہر ملک ثابت ہوتی ہے۔ یہ عام کمزوری اور کمندی یا دردِ لمحال یا دردِ مفصل کے ساتھ غیر معمولی طور پر شروع ہوتی ہے۔ بیرونی غدِ بڑے ہو سکتے ہیں لیکن ہمیشہ بہت اُبھرے ہوئے نہیں ہوتے۔ لمحال اور جگر کی خفیف کلائی موجود ہوتی ہے اور ممکن ہے کہ ہڈیاں اَلیم ہوں۔ لُب شروع سے لمفی خلیوں سے ٹھسا ہوا ہوتا ہے اور اس سے جلد ہی نمایاں عدم دمویت پیدا ہو جاتی ہے۔ بہت سی اصابتوں میں شدید التهابِ الغم ایک نمایاں خاصہ ہوا ہے جس کے ساتھ مسوڑھوں کا اعتاث اور گتنگریں ہوتا ہے۔ اود اس کے ساتھ ہی تپ اور مسوڑھوں اور آنسو سے اور جلد کے نیچے نزقات واقع ہوتے ہیں۔ جسم کے بہت سے ٹھوس غدِ لمفی خلیوں سے گنجان طور پر ٹھسے ہوئے ہوتے ہیں اور اسی واسطے وہ بہت بڑے ہو جاتے ہیں مثلاً جگر، لمحال، گردے، سرگردے، لبلبہ، ریتی غد، اور دمی غد۔ اور غدِ تیموسب علیٰ حالہ موجود رہتا ہے اور بہت بڑا ہو جاتا ہے اور ممکن ہے کہ عضلہ قلب بھی لمفی خلیوں سے درپخت ہو۔ مجھری شمم کی بیض دمویتی در ریختگی کے باعث نحوذا لیمین بھی دیکھا گیا ہے۔ عموماً خاتمہ سے پہلے استقامت ہو جاتا ہے۔

لمفی خلوی بیض دمویت کے برعکس لمفی خلوی بیض دمویت میں لمحال شاذ ہی اتنی بڑی ہوتی ہے اور سارے جسم کے لمفائی غد اور اعضا عنقودی اور بے قناتی دونوں اکثر وسیع طور پر ماؤف ہوتے ہیں۔

مزمن لمفی خلوی بیض دمویت (chronic lymphocytic

leukaemia) یہ مرض جو ممکن ہے کہ تقریباً چھ مہینوں یا ایک سال سے لے کر بارہ بلکہ اٹھارہ سال تک جاری رہے، لمفائی غد میں شروع ہو کر ان کے گرد ہوں کو یکے بعد دیگرے ماؤف کرتا جاتا ہے، یہاں تک کہ جسم پر کے تمام

لمفائی غدو ماؤف ہو جاتے ہیں، اور وہ گردن، بُن ران یا بٹل میں محسوس کئے جاسکتے ہیں۔ وہ معتدل طور پر بڑے ہو جاتے ہیں، زیادہ سخت نہیں ہوتے، اور ایک دوسرے پر آزادانہ طور پر حرکت کرتے ہیں۔ متذکرہ بالا غدو کے نسبت ماسارقی غدو اور بھی زیادہ کثرت سے بڑے ہو جاتے ہیں، لیکن خلف الباریطون، صدری بابی، اور حرقفی غدو نسبت کم کثرت سے بڑے ہوتے ہیں۔ تر اشنے پر غدو سپیدی لیل گلابی رنگ کے اور خروین سے دیکھنے پر لمفی خلیوں سے متدد نظر آتے ہیں۔ ازان لب عظام ماؤف ہو جاتا اور لمفی خلیوں سے بھسا ہوا ہوتا ہے، اور اس سے ایک غیر تکوینی عدم دمویت پیدا ہو جاتی ہے۔ لبتی خلوی بیض دمویت کے نسبت اس میں نرف کارجمان کمتر ہوتا ہے، لیکن مکن ہے کہ میوی اعضا پر غدو کے دباؤ کے اثرات سے، یا لمفی خلیوں سے ان کی درخنگی ہو جانے سے، یا ویدی علیقت کی وجہ سے مریض ہلاک ہو جائیں۔ ان مزمن اصابتوں میں طحال اور جگر بہت بڑے ہو جاتے ہیں۔

442

تشخیص۔ کسی ایسی مبہم بیماری میں جس میں شحوب ہو، یا غدو، لوزتین یا طحال بڑے ہوں، یا نزفات، یا پرپوراہوں، یا مسدڑحوں کا اغاث ہو، خون کا امتحان کر کے لمفی خلیوں کی تخمین احتیاط کے ساتھ کرنی چاہئے۔ انذارا و اصابتوں میں برا ہوتا ہے، جن میں سلکیا سے یا عمیق لاشاعوں کے ذریعہ عللج کے لئے وقت بہت کم ہوتا ہے۔ کم سر بیع اصابتوں میں ان دواؤں کو آزمانا چاہئے۔

سلعہ انحضر (chloroma)۔ لمفی بیض دمویت کے ساتھ قریبی تعلقات پیش کرنے والی ایک حالت ہے، جس کو سلعہ انضر کہتے ہیں۔ اس میں کثیر التعداد رسولیاں یا لطف آسا مطروحات، بالخصوص مجرین میں (جس سے محمود العین کا پیدا ہو جانا ممکن ہے) صدغی حضرات میں اور کھوپری کی ہڈیوں کے گرد عظمہ میں پیدا ہو جاتے ہیں۔ رسولیاں طقمہ پر اور جلد کے نیچے اور مختلف اعضا مثلاً گردہ میں بھی پیدا ہو جاتی ہیں، اور بعض اوقات یہ رسولیاں دوران زندگی میں بھی سبز رنگ کی ہوتی ہیں (سرطان الانضر = green cancer) جو کہ جلد کے نیچے سے نظر آتا ہے۔ دوسری رسولیاں بے رنگ ہوتی ہیں۔ لب آسا سلعہ انضر (myeloid chloroma) کی

اصابتیں شاذ تر ہوتی ہیں۔

موت کے بعد یہ مختلف رسولیاں ہرے رنگ کی ہوتی ہیں جو تکشف کرنے پر پھیکا پڑ جاتا ہے۔ اور لمفی غدود، طحال، لب عظام اور دوسرے اعضا ویسی ہی حالت میں ہوتے ہیں جیسی کہ لمفی خلوی بیض دمویت کے ساتھ ہوتی ہے۔ ہرے رنگ کی حسیب قی ماہیت نامعلوم ہے۔ وہ صبغہ صفراہ نہیں ہے۔ لیکن قیاس یہ ہے کہ وہ وہی سبز رنگ ہے جو کہ اکثر پیپ میں دیکھا جاتا ہے۔

## کثرتِ خلیاتِ احمر

(POLYCYTHÆMIA RUBRA)

کثیر خلوی دمویت (polycythæmia) یا کثرتِ خلیاتِ احمر جس میں خون کے سُرخ خلیے زیادہ ہو جاتے ہیں (۱) سُرخ خلیے بنانے والے اعضا کے ادلی مرض کے طور پر پیدا ہو جاتی ہے (احمر دمویت = erythræmia)۔ (۲) اور دورانی یا تنفسی نظامات کے کسی ایسے خلل سے بھی پیدا ہو جاتی ہے جس سے آکسیجن کی قلت واقع ہو جائے اور جس کی توفیق کے لئے ہیموگلوبن کے حاملین زیادہ تعداد میں ضروری ہو جیسے کہ پیدائشی مرض قلب میں۔ اس ثانوی کثرتِ خلیاتِ احمر کو احمر خلویت (erythrocytosis) کہتے ہیں۔

کثرتِ خلیاتِ احمر کی اصابتوں میں اساس تحول زیادہ ہو جاتا ہے۔

## احمر دمویت

(erythræmia)

یہ زیادہ تر تیس اور ساٹھ سال کے درمیان کی عمر کے مریضوں میں واقع ہوتی ہے، اگرچہ کبھی کبھی ان حد سے اوپر یا نیچے کی عمر کے مریض بھی ہوتے ہیں۔ اس کی نمایاں یا شدید شکل میں سُرخ جیات کی تعداد فی مکعب ملی میٹر اور اطمینان سے لے کر اہم اطمینان تک مختلف ہوتی ہے اور اگر خون کو ٹھیرا رہنے دیا جائے تو دیکھا جاتا ہے

جیات سیال کے ۹ حجم کے برابر جگہ گھیرتے ہیں۔ ہیموگلوبن طبعی سے ۱۳۰، ۱۶۰ یا ۱۸۰ فی صدی تک زیادہ ہو جاتی ہے۔ لونی قوت نفاذی ہوتا ہے جس سے ظاہر ہوتا ہے کہ سرخ خلیے چھوٹے ہیں۔ سپید خلیوں کی تعداد ہمیشہ ہی بڑھی ہوئی نہیں ہوتی، مگر ممکن ہے کہ وہ فی مکعب ملی میٹر ۲۴۰۰۰ تک پہنچ جائیں اور خاص زیادتی کثیر الاشکال خلیات میں ہوتی ہے۔ خون کی لزوجت معمول کے نسبت بگنی یا چوگنی ہو جاتی ہے۔ کثافت نوعی اور عرصہ ترویج کا معمول کے نسبت نیچے یا زیادہ ہونا ہمیشہ نہیں پایا جاتا۔ خون کا دباؤ بعض اوقات بلند ہوتا ہے، لیکن ہمیشہ نہیں۔

**مرئی تشریح**۔ کلاں شدہ طحال محقق ہوتی ہے اور طحالی لب کی بیش تکوین اور تلیف پایا جاتا ہے، لیکن عام طور پر احمرنا ہضی یا لب آساضالیست کی کوئی شہادت نہیں ہوتی۔ لمفی غدو بالمعوم غیر متاثر ہوتے ہیں۔ مگر ممکن ہے محقق ہو۔ لب عظام عام طور پر گہرے سرخ رنگ کا ہوتا ہے اور صمغی لب بالکل دکھائی نہیں دیتا، چنانچہ ایسا معلوم ہوتا ہے کہ سرخ خلیات کی تخوین کا وظیفہ بہت بڑھ گیا ہے۔

**امراضیات**۔ اسی کے مطابق اس حالت کی امراضیات کے متعلق عام طور پر مسئلہ نظریہ یہ ہے کہ کسی نہ کسی سبب سے لب عظام میں ہیجان پیدا ہو کر احمر خلیات کی بافراط تکوین ہوتی ہے، اور یہ کہ دیگر تغیرات ثانوی ہیں۔ اس امر کی کوئی شہادت نہیں ہے کہ کثرت خلیات احمر بافوس میں آکسیجن کی احتیاج کا ثانوی نتیجہ ہے۔ وہ مریض جو آکسیجن کو شک میں رکھے جاتے ہیں اس مدت کے ختم پر خون میں کوئی تبدیلی ظاہر نہیں کرتے۔

448 **علامات**۔ اس کثرت خلیات احمر کے ساتھ جو حالتیں عموماً پائی جاتی ہیں

یہ ہیں:۔۔۔ ذراق اور طحال کی معتدل یا بڑی کلائی۔ ذراق بالخصوص چہرے کا لون اور مخاطی اغشیہ پر ظاہر ہوتا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ ۲۶ الف صفحہ 483)۔ چہرہ پر ایک مخصوص و تمیز چمک یا سرخی نظر آتی ہے۔ ممکن ہے یرقان ہو اور گاہے کبھت بھی، چنانچہ مصل وان ڈن برگ کا بالواسطہ تعامل دیتا ہے (88)۔ شبکیہ کی وریدیں محقق اور نہایت سیاہ ہوتی ہیں۔ مریض کو درد سر یا سر میں ایک پری کا احساس ہوتا ہے، آگسٹ دور ان سر سورہضم قبض اور تشنگی کی شکایت ہوتی ہے

اور مختلف اقسام کے نزفات ہو جاتے ہیں جن میں رُفاف، مسوڑھوں سے خون آنا، کوکڑی طمٹ، قے الدم اور دماغی نزف شامل ہیں۔ شرائین کی صلابت ہوتی ہے جس سے طبعی التهاب العسرق انطاسی (thrombo-angiitis obliterans) 'موت متوقف' عرجان (intermittent claudication) اور جرتی وجع الجوارح (erythro-melalgia) یا داء النفس کے پیدا ہو جاتا ہے۔ گروے ممکن ہے متاثر ہو جائیں مگر ہرگز نہیں ہواور یورک ایسڈ کے سنگ موجود ہوں (38)۔ بعض اصابتوں میں وسیع وریدی طعیت واقع ہو گئی ہے۔

متذکرہ بالا اصابتوں سے [جو پہلے "کثرت خلیات احمر معہ کلائی طحال" (polycythæmia with splenomegaly) کے نام سے بیان کی جاتی تھیں] بعض اصابتیں کسی قدر مختلف ہوتی ہیں جو نسبتاً قلیل الوقوع ہیں اور جن میں طحال کی کلائی تو نہیں ہوتی لیکن خون کا دباؤ بہت زیادہ ہوتا ہے اور ممکن ہے کہ ۳۰۰ ملی میٹر پارے (Hg) تک بھی پہنچ جائے۔ مریضوں کا منہ اکثر تنادوار ہوتا ہے اور ممکن ہے کہ ان کا قلب بیش پروروہ ہو، ان کے پیشاب میں البیومن ہو، اور ان میں صلابت الشرائین کے امارات موجود ہوں۔ ان امارات کو ابتداءً گیس بوک (Geisbock) نے بیان کیا، اور بیش نشی کثرت خلیات احمر (polycythæmia hypertonica) کے نام سے موسوم کیا۔

احمر دمیت کی اصابتوں کی رفتار مختلف ہوتی ہے۔ فشل قلب سے یا داغی عروقی پیمپ گیوں سے یا دہن سے ہلاکت واقع ہو گئی ہے۔

علاج۔ اس مرض کے لئے وقتاً فوقتاً فصد کا کھول دینا ایک اچھا علاج ہے۔ ایک چوڑی کھوکھلی سوئی کے ذریعہ سے ہر چھ مہینے ۱۲ پائنٹ سے لے کر ۱۸ پائنٹ تک خون نکال دینا چاہئے۔ خون کی تجمید روکنے کے لئے سائٹریٹ استعمال کرنا چاہئے جیسا کہ نقل الدم کے لئے خون نکالتے وقت کیا جاتا ہے۔ ہڈیوں کے لاشعاعی علاج سے بھی کامیابی حاصل ہوئی ہے۔ حال ہی میں فینیل ہائیڈرازین (phenyl hydrazine) روزانہ ۱۰ گرام براہ دہن استعمال کی گئی ہے۔

## احمر خلویت

(erythrocytosis)

اس اصطلاح کے تحت ان اسبابوں کو شامل کرنا مقصود ہے کہ جن میں کثرتِ خلیاتِ احمر لبّ عظام کی بڑھی ہوئی فعالیت کے باعث ہی ہوتی ہے (پارکس ویبر = Parkes Weber) لیکن اس فعالیت کی نتیجہ قابلِ شناخت مابقی حالات کی وجہ سے ہوتی ہے۔ چنانچہ ایک گروہ مزمن قلبی اور ریوی ضررات سے بنتا ہے جن میں سے قلب کا پیدائشی تشوہ نمایاں ترین ضرر ہے۔ اور دوسرے ضررات اکتسابی مصرعی مرض کی مختلف شکلیں، نفاخ (emphysema) اور مزمن ریوی امراض ہیں جن کے ساتھ زراق کا ہونا ممکن ہے (مرض آیرزا = Ayerza's disease)۔ ان میں خون کا قلیل ہونا کہ لبّ عظام کے لئے ہیج کا کام دیتا ہے۔ ”گمیں زدہ“ مریض ایک دوسرا گروہ ہیں۔ ان میں احمر خلویت ایک آکسیجن کو شگ کے اندر (جس میں ۴۴ فی صدی آکسیجن موجود ہو) علاج کرنے سے کم ہو جاتی ہے (Hunt & Dufton)۔ ایک اور گروہ ان اشخاص کی کثرتِ خلیاتِ احمر سے بنتا ہے جو بلند ارتفاعات کے رہنے والے ہوتے ہیں، جہاں خلیاتِ احمر کی زیادتی، اس قلیل آکسیجن تنفس کی تلافی کر دیتی ہے جو کہ تنفس کے لئے حاصل ہونے والی ہوا میں پائی جاتی ہے۔ کثرتِ خلیاتِ احمر فاسفورس اور کاربن مانا کائیڈ کے مزمن قسم میں اور ایڈنیں (Addison) کے مرض اور ذیابیطس قو میں بھی واقع ہوتی ہے۔ جیسا کہ احمر دمویت میں ہوتا ہے، سرخ جیہات سا، آٹھ یا نو ملین (ایک ملین = ۱۰ لاکھ) تک پہنچ سکتے ہیں۔ خون کی ہیموگلوبن اور لزوجت دونوں مقدار میں زیادہ ہو جاتی ہیں۔

## ہیموگلوبن دمویت

(HEMOGLOBINÆMIA)

ہیموگلوبن دمویت اس وقت پیدا ہو جاتی ہے جب کہ عروقِ دمویہ کے اندر



دموی جسامت کی ٹوٹ پھوٹ واقع ہو کر پلازما کے اندر ہیموگلوبن خارج ہوتی اور اُسے گلابی جھلک دے دیتی ہے۔ اور جسامت دموی بونڈ (rouleaux) بنائے گا رجحان بالکل نہیں رکھتے۔ عام طور پر عدم دمویت مع کسی قدر بوقلموں خلویت اور خلوی لاتاوی کے موجود ہوتی ہے۔ نہایت ہی صاحب جیسے (سایہ ناجسیمی) دیکھے جاتے ہیں۔ پھر یہ ہیموگلوبن گردوں سے خارج ہو کر پیشاب کے رنگ کو گہرا سرخ بنا دیتی ہے اور پیشاب بالکل صاف ہوتا ہے۔ اس حالت کو ہیموگلوبن دمویت کہتے ہیں اور یہ دمبولیت سے متفرق ہوتی ہے جس میں پیشاب کے ساتھ خود خون اور اُس کے جسامت لٹے ہوئے ہوتے ہیں اور پیشاب دھوئیں کے رنگ کا ہوتا ہے کیونکہ روشنی سرخ جسامت کی سطحوں سے منعکس ہو جاتی ہے۔ طیف نما سے امتحان کیا جائے تو ہیموگلوبن دمویت میں پیشاب سبز اور زر و حصہ میں دو دھاریاں ظاہر کرتا ہے جو کہ کسی ہیموگلوبن کے ساتھ مختص ہیں اور وہ طیف کے سرخ سرے کی طرف ایک اور دھاری دیتا ہے جو کہ میٹ ہیموگلوبن کا نتیجہ ہے۔ آخر الذکر کسی ہیموگلوبن پر پیشاب کی تاثیر کا نتیجہ ہے۔ پیشاب میں البیومن ہوتا ہے۔ خفیف تر حملوں میں غالباً جسامت کی بہت تھوڑی تعداد متکسر ہوتی ہے ہمیشہ جگر میں ٹھکانے لگتی ہے اور گلابی پیشاب میں خارج ہو جاتی ہے۔ ایسی حالتوں میں پروٹین جو کہ پیشاب میں پانی جاتی ہے گلابیولن ہوتی ہے نہ کہ معنی البیومن (serum albumin)۔

جسامت کا جزئی اتلاف (دم یا شدیدگی) متعدد حالات میں واقع ہوتا ہے۔ (۱) بعض سموم کے فعل سے، مثلاً کلوریٹ آف پوٹاشیم کی بڑی مقداروں پاؤروگیا لک ایسڈ (pyrogallie acid)، آرسینورٹھڈ ہائڈروجن (arseniuretted hydrogen) اور نیفتھال (naphthol) سے۔ (۲) ناموافق خون کے نقل الدم سے۔ (۳) تپش کی انتہائی حدود میں تکشف سے، جیسے کہ حرقہ (burn) یا پالا مار (frost bite) سے۔ (۴) بعض حمیات کے فعل سے، اسی واسطے حمی قرمزہ اور تپ محرقہ سے معتدل درجہ کی ہیموگلوبن دمویت پیدا ہو سکتی ہے۔ (۵) میلر یا (malaria) یا سیاہ بول بخار (blackwater fever) میں۔ (۶) دوری ہیموگلوبن بولیت۔ (۷) نہایت خفیف سی دم پاشیدگی تندرست افراد کے خون میں مل سکتی ہے۔

## دوری ہیموگلوبن بولیت

(paroxysmal hæmoglobinuria)

اس مقابلہ شاذ شکایت میں ہیموگلوبن بولیت انفرادی حملوں کی صورت میں واقع ہوتی ہے۔

بحث اسباب۔ یہ نوعمر بالغوں اور پچاس سال کی عمر تک کے ادھیڑ اشخاص میں دیکھی جاتی ہے، اور انات کی نسبت ذکور میں بہت زیادہ عام ہے۔ چنید اصابتوں میں طیریائی قسم کی سرگزشت، اور بہت سی اصابتوں میں آتشک کی سرگزشت موجود ہوتی ہے۔ حملہ کا فوری اسباب سردی کا تکشف ہوتا ہے۔

امراضیات۔ سردی کی وجہ سے دم پاشیدگی کے وقوع کی یہ توجیہ کی گئی ہے کہ یہ شکایت رکھنے والے مریضوں میں خون کے اندر ایک امکا فی سہی ھیو لائسین (hæmolysin) موجود ہوتی ہے جو ذورابطین کے طور پر جسم کے ساتھ تعامل کر لیتی ہے۔ سردی کے اثر سے دورازاں بعد گرمی کی واپسی پر متمم کے تعاون سے جسم کا آلات واقع ہو جاتا ہے۔ یہ متمم طبعی خون کے اندر موجود ہوتا ہے اور یہ بتلادیا گیا ہے کہ مریض کے متصل سے طبعی جیات کی دم پاشیدگی ہو جائے گی۔ اس سے یہ ثابت ہوتا ہے کہ مریض کے جیات میں شکست و سختی کوئی نوعی قابلیت موجود ہونے کی ضرورت نہیں۔ ہیمولائسین کی سہی اصلیت اس واقعہ سے ظاہر ہوتی ہے کہ مریضوں کی اکثریت میں آتشک کی سرگزشت یا شہادت اور مثبت تعامل و آزرین موجود ہوتا ہے۔ علامات۔ حملہ کا آغاز مختلف اصابتوں میں نڈ حال بن، تکان، جہالی لینے کے رجحان، جاڑا لگنے یا قشریرہ، اعضا شکنی، متلی، قے، آسہال، اور درد شکم سے ہوتا ہے۔ مریض اکثر مرض ریناڈ (Raynaud's disease) میں مبتلا ہوتا ہے، (ملاحظہ ہو صفحہ 810) اور اس حالت میں انگلیاں کبود اور سرد ہو جاتی ہیں۔

تپش کا ابتداء میں مرتفع ہو جانا ممکن ہے، مگر وہ جلد کم ہو جاتی ہے۔ اور ان علامات کی مدت صرف ۲ سے ۱۲ گھنٹے تک ہوتی ہے۔ بعض اوقات بکر اور طحال کی خفیف کلائی بھی دیکھی جاتی ہے۔ یا تو پہلی علامت کے بعد فوراً، یا صرف تین یا چار گھنٹوں کے بعد

خون کی رنگت کا پیشاب ہوتا ہے، لیکن یہ حالت بھی تھوڑے ہی عرصہ تک رہتی ہے۔ چند ہی گھنٹوں کے بعد ممکن ہے کہ پیشاب بالکل صاف ہو جائے اور اس میں البیومن اور ہیموگلوبن نہ رہے۔ اور جگلوں کے درمیانی وقفوں میں پیشاب ہمیشہ بالکل طبعی ہوتا ہے۔ حملہ کے اختتام پر جلد کا رنگ یرقانی جھلک کا دیکھا گیا ہے، اور بہت سے حملے کے بعد دیگرے جلد جلد ہونے سے مریض میں خرد عظمیٰ عدم دمویت پیدا ہو جاتی ہے۔ دوری ہیموگلوبن بولیت بذاتہ خطرناک نہیں۔

**علاج۔** سردی میں تکشف سے بچنے کے لئے احتیاط اور باقاعدگی کے ساتھ گرم لباس استعمال کرنا چاہئے، گرم کمروں میں رہائش رکھنا چاہئے، اور حتی الامکان رات کی ہوا سے محفوظ رکھنا چاہئے۔ آتشک کا علاج خاص طور پر پوٹاشیم آیوڈائیڈ، بزمیتھ اور پارہ کے ذریعہ کرنا چاہئے۔ حملہ کے دوران میں مریض کو بستر میں رکھنا چاہئے۔

## میٹ ہیموگلوبن دمویت اور سلف ہیموگلوبن دمویت

445

(METHÆMOGLOBINÆMIA AND SULPHÆMOGLOBINÆMIA)

(enterogenous cyanosis = معازا دنزہراق)

(microbic cyanosis = خرد عضویتی نرہراق)

نشاذ اصابتوں میں جیات کی آکسی ہیموگلوبن کے، میٹ ہیموگلوبن اور سلف ہیموگلوبن میں تغیر ہوجانے سے، جلد اور مخاطی اغشیہ کی عام کمبودی یا نرہراق پیدا ہوجاتا ہے۔

میٹ ہیموگلوبن دمویت (methæmoglobinæmia)۔ بعض

ادویہ بالخصوص آکسیٹانیلائیڈ (acetanilide)، فیناسیٹین (phenocetin) (ایٹنٹین) پائیرین (antipyrin)، ویرونال (veronal) کے استعمال سے پیدا ہوتی ہے، اور کول تارہی حاصلات (coal-tar products)، نائٹرو بنزال وغیرہ کا کام کرنے والوں میں زہریلے دغامات کا استنشاق کرنے سے، نیز بعض معوی ہزرات میں نائٹرائٹس (nitrites) کے انجذاب سے جب کہ اہمال ایک نمایاں علامت ہوتی ہے، اور

جب کہ نائٹرائٹس کی پیدائش عضویوں مثلاً عصیہ قولونی کے سبب سے ہو سکتی ہے۔ بعض اصابتوں میں کثیر خلوی دمویت موجود رہی ہے اور بعض اوقات لمحال کی کلافی اور ماتھ پاؤں کی انگلیوں کی گرز شکلی مریضوں کا رنگ مہیب چاکولیٹ کی طرح ہو جاتا ہے۔ خون میں دم پاشیدگی نہیں ظاہر ہوتی، لیکن جیات نہایت سیاہ ہوتے ہیں۔ بالعموم تنفسی تکلیف بالکل نہیں ہوتی، کیونکہ نسبتہ سموری سی ہیموگلوبن کے تغیر سے نمایاں رنگ پیدا ہو جاتا ہے۔ پیشاب عموماً طبعی ہوتا ہے۔ علاج یہ ہے کہ سبب کو دور کیا جائے۔ اوویہ سے سم ہونے کی صورت میں مقفی اوویہ اور معدے کی تغیل کی ضرورت لاحق ہو سکتی ہے۔ چونکہ موت خون کی آکسیجن بردار قوت کی کمی کی وجہ سے واقع ہو جاتی ہے، لہذا آکسیجن کا مسلسل استعمال ترجیحاً ایک خیمہ کے ذریعہ سے کرنا چاہئے۔ خون چند گھنٹوں کے بعد خود بخود طبعی ہو جاتا ہے۔

سلف ہیموگلوبن دمویت (sulphæmoglobinæmia)۔ یہ مریض

جن کو قبض ہوتا ہے، زراق کے حلوں میں مبتلا ہو جاتے ہیں جو بعض اوقات بے ہوشی پیدا کر دیتا ہے۔ حملہ میں دوسری علامتیں درد منہ، متلی اور تھکے اور درد شکم ہیں۔ جیات میں کی ہیموگلوبن ایک حد تک سلف ہیموگلوبن میں متغیر ہو جاتی ہے۔ یہ شے اپنے اسخذا ابی طیف کے لحاظ سے میٹ ہیموگلوبن سے مشابہ ہوتی ہے، کیونکہ اس میں ایک دھاری سرخ رنگ کے اندر نظر آتی ہے۔ فرق یہ ہے کہ میٹ ہیموگلوبن کی حالت میں یہ دھاری پوٹاشیم سائیائیڈ (potassium cyanide) ملانے پر غائب ہو جاتی ہے اور سلف ہیموگلوبن کی حالت میں یہ غیر متغیر رہتی ہے۔ امتحان کا دوسرا طریقہ یہ ہے کہ ترشہ سے محلول کاربن اناکسائیڈ (acid-free CO) کو آمیزہ میں سے گزارا جائے۔ سلف ہیموگلوبن کی تمام دھاریاں طیف کے نیلے سرے کے طرف ہٹ جاتی ہیں۔ میٹ ہیموگلوبن کی دھاریاں غیر متغیر رہتی ہیں۔

میٹ ہیموگلوبن دمویت کی طرح، یہ حالت بھی اینی لائن کے مشتقات مثلاً ایسینی لائیڈ (acetanilide) اور فیناٹین (phenacetine) کے قسم سے پیدا ہوتی ہے، جس کے ساتھ شاید قبض کی وجہ سے معاد میں گندھک کے مرکبات کی ہکون پائی جاتی ہے۔ لیکن مگن ہے وہ ایک صادق معاذ اور زراق ہو جو کہ کلیتہ معاد میں خود بخود

تیار شدہ زہروں کا نتیجہ ہو، اگرچہ اس سے انکار کیا گیا ہے۔ یہ حالت میٹ ہیمو گلوبن و مویت کی نسبت بہت زیادہ دیر سے زائل ہوتی ہے اور ہفتے اور مہینے لگ جاتے ہیں۔ لہذا اگر گول تاروی ادویہ کی طبی خوراکوں کے بعد زراق پیدا ہو تو یہ یقینی امر ہے کہ اس کا سبب سلف میٹ ہیمو گلوبن ہے نہ کہ میٹ ہیمو گلوبن۔ ایک مریض میں سلف میٹ ہیمو گلوبن مویت اور میٹ ہیمو گلوبن مویت کی ہیزاں موجودگی کا بیان کی گئی (28)۔

انذار۔ یہ مرض ہلک نہیں ہوتا۔

علاج۔ قبض کے لئے مسہل دینے چاہئیں۔ بوسیدہ دانتوں کو نکال دینا چاہئے۔ حملہ کے دوران میں آکسیجن کا استعمال کرنا چاہئے، بالخصوص اس وقت جب کہ مریض بے ہوش ہو۔

## پر پیورا

(نزفی مناج)

اس اصطلاح کا اطلاق اس مرضی حالت پر کیا جاتا ہے جس میں جلد یا مخاطی اغشیہ کے نیچے متعدد نزفات واقع ہو کر کم و بیش ارغوانی رنگ کے دودھے پیدا ہو جاتے ہیں۔ یہ پہلے دیکھا گیا ہے کہ ایسے ہی نزفات متعدد امراض مثلاً قرمز (scarlatina)، خسرہ، چیچک، ٹائفس، وماغی نچامی تپ اور طاعون میں ہوا کرتے ہیں۔ نیز کہبت، جگر کے حادثہ صفرو بول اور بعض مویت (leukemia) غیر کوینی عدم مویت (aplastic anemia) اور خبیث لمی سلسلی بالیدوں میں خبیث التهاب درون قلب اور قلب کے دوسرے امراض میں۔ اور بعض صبی امراض مثلاً ہزال نخاع (tabes dorsalis) میں۔ نیز نزف است کا ذکر نیز یفیت (haemophilia) مرض یا جکن، مرض برائٹ اور اسکرووی (scurvy) کے تعلق میں کیا جائے گا۔ باہر سے قسم ہونے کے راست نتیجہ کے طور پر نزفیت پوٹاسیم آیوڈائیڈ کی بیش متاد دینے سے یا بنزال (benzol) یا اس کے خاص ذرہ بنزین (benzene) کے تجارتی استعمال (ہاتھ لگانے اور استشق کرنے) سے۔

پیدا ہو جاتی ہے۔ ان سب اصابتوں میں یہ صاف طور پر تسلیم کیا جاتا ہے کہ نرف کا کوئی سبب موجود ہے؛ اور یہ سبب اکثر ایک ساری سم یا کوئی دوسرا نہ ہر ہوتا ہے۔

اقولی یا خود زو پر پیٹورا سریری طور پر حسب ذیل اقسام میں منتسم ہے:-  
(۱) سادہ (simplex) 'نفونی' (hæmorrhagica) 'خاطف'

(fulminans) پر پیٹورا۔ (ب) ہینالک کاپریٹورا (Henoch's purpura) اور رشتیتی پر پیٹورا (purpura rheumatica) (کلاحت رشتیتی peliosis rheumatica = یا مرض شان لین = Schonlein's disease) جس میں شری اور پر پیٹورا دونوں ہوتے ہیں اور با اوقات پر پیٹورا کی نسبت شری زیادہ نمایاں ہوتی ہے (39)۔ اس گروہ کے لئے بعض اوقات اسٹھداف نما پر پیٹورا کی اصطلاح استعمال کی جاتی ہے۔

امراضیات۔ پر پیٹورا کی شدید اصابتوں میں حموی زمانہ کے دوران میں خون میں سے ایک دم پاش نبتہ سبجیہ علیحدہ کیا جاسکتا ہے اور مہلک اصابتوں میں قلب کے خون سے اس کی کاشت کی جاسکتی ہے۔ اور طی کا درجہ اکثر صبتہ ہیپوگلوبن سے رنگین ہوتا ہے۔ ان واقعات سے پتہ چلتا ہے کہ یہی عضو یہ اس مرض کا سبب ہے۔ ممکن ہے کہ اس کا سم اس طرح عمل کرتا ہو کہ عروق شریہ کی مغزوہ پندہ کی زیادہ کر کے بافتوں کے اندر پلانے کے خروج اور سرخ جسامت کی پار جت ناموجود بہم پہنچاتا ہو۔ بعض پر پیٹورا احساسی صدمہ (allergic shock) سے پیدا ہو جاتے ہیں۔

اگر نرف شدید ہو تو خون ثانوی عدم دمویت کے خصائص ظاہر کرتا ہے۔ ایک چمچن سے لئے ہوئے خون کے پہلے قطرے کا عرصہ ترویہ طبعی ہوتا ہے؛ لیکن بعد کے قطروں کا عرصہ ترویہ ایک منٹ سے زائد ہوتا ہے (2)۔ شاید یہی وجہ ہے کہ "عرصہ ادما" (ملاحظہ ہو صفحہ 423) زیادہ ہوتا ہے۔ جسم سے باہر خون جم جانے کے بعد تھکا ٹکڑا نہیں اور نہ مصل کو باہر رکنے دیتا ہے (26, 29)۔ لب عظام کوئی ممیز خصائص نہیں ظاہر کرتا۔ اگر اس پر مطالعات کا زیادہ بار پڑتا ہے اہد عدم دمویت کی وجہ سے تغذیہ خراب ہو جاتا ہے تو ممکن ہے کہ وہ

غیر تکونی ہو جائے۔

تمام اقسام کے پر پیورا کی اکثریت میں دموی لوحیہ غیر موجود یا کم ہو جاتے ہیں [یعنی فی مکعب ملی میٹر ۱۰۰۰۰ (طبعی تعداد ۲۰۰۰۰ سے ۵۰۰۰۰ تک ہوتی ہے)] اس حالت کو قلت خلیات علقی (thrombocytopenia) کہتے ہیں۔

بادی النظر میں اس کو پر پیورا کی توجیہ کرنے کے لئے کافی سمجھا جاسکتا ہے۔ لیکن قلت خلیات علقی بذات خود اس کے لئے کافی نہیں ہے، کیونکہ اسکروی میں جس میں ادماآت ہوتے ہیں اور ہیناک کے پر پیورا میں لوحیہ اور عرصہ جات ادماادوں طبعی ہوتے ہیں۔ اس کی توجیہ غالباً یہ ہے کہ تمام پر پیوراؤں میں درملہ کا تغیر ضروری عامل ہے اور یہ لوحیوں کی کمی کے بغیر بھی واقع ہو سکتا ہے، لیکن چونکہ لوحیہ اور درملی خلیے دونوں لمحاظ تولید کے باہم قریبی تعلق رکھتے ہیں لہذا زہر (جو خواہ لوحیہ کش مصل ہو یا بنی ال وغیرہ) درملہ پر حملہ آور ہونے سے پہلے عموماً لوحیوں کو تلف کر دیتا ہے (۲۲)۔ اگر صرف اتنے ہی لوحیہ کش مصل کا اثر اب کیا جائے کہ جس سے لوحیہ تلف ہو جائیں تو پر پیورا نہیں پیدا ہوتا، چنانچہ قلت خلیات علقی اس مرض کی ضروری خصوصیت نہیں ہو سکتی۔ دوسری رائے جو پیش کی گئی ہے (لیکن جس کی تجربی شہادت سے تصدیق نہیں ہوتی) یہ ہے کہ لوحیہ اس لئے غائب ہو جاتے ہیں کہ وہ دامی عروق میں کے فصل کو التزاق کے ذریعہ پُر کرتے ہیں۔ لوحیہ کث سے پیدا ہوتے ہیں اور جب کث غیر تکونی ہوتا ہے تو وہ بھی غیر موجود ہوتے ہیں۔ انھیں لمحال تلف کرتی ہے اور لمحال کا استیصال کرنے سے ان کی تعداد کچھ عرصہ تک بڑھ جاتی ہے، لیکن یہ زیادتی محض کچھ عرصہ کے لئے ہی ہوتی ہے۔

علامات - پر پیورا کی خفیف ترین شکلوں (سادہ پر پیورا P. simplex) میں یہی ہوتا ہے کہ جسم کے مختلف حصوں میں پھیکے سرخ، گہرے سرخ یا نیلگوں اور خوانی رنگ کے دھبے پیدا ہو جاتے ہیں۔ وہ گول ہوتے ہیں، نقطہ ایک ملی میٹر سے لے کر ۱/۲ انچ تک مختلف ہوتے ہیں، دبائے سے غائب نہیں ہوتے اور جب ایسی چھوٹی جامت کے ہوتے ہیں تو عموماً سطح سے اوپر ابھرتے ہوئے ہوتے۔ وہ جسم پر ہر جگہ پھیلے ہوئے ہوتے ہیں۔ ہر دھبہ کچھ عرصہ کے بعد بھوری

یازد و جھلک کا ہو کر کھلا جاتا ہے اور نسبت بڑی چکیٹیاں بدیہی طور پر تغیرات کے وہی مدارج طے کرتی ہیں جو ایک کوفتگی کے لئے مخصوص و متمیز ہیں۔ اس ٹوران کے ساتھ بنیٰ اختلال نہایت کم ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ مریض کارنگ شاحب ہو اور اس کی اشتہا جاتی رہے۔ شفا عموماً دس سے بیس دن تک میں ہو جاتی ہے۔

447

شدید اصابتوں میں نزقات زیادہ وسیع ہوتے ہیں اور ممکن ہے کہ زیرجلد خون کے بڑے توڑے جلد کو اوپر اٹھا دیں اور مختلف مخاطی اغشیہ سے نجی اوما ہوتا ہے (نزفی پس پیورا = P. haemorrhagica)۔ چنانچہ ناک، دہن، محصے اور آنٹوں گردوں نسوانی تناسلی اعضا اور کبھی کبھی شعی غشائے مخاطی سے خون آسکتا ہے۔ اسکرووی کی طرح مسوڑھے کبھی متورم نہیں ہوتے، لیکن بعض اوقات ان کے جرم میں ایک نزفی داغ دکھائی دیتا ہے۔ زیادہ شدید اصابتوں میں ممکن ہے کہ پیش کستقد ر بلند ہو اور ایک ایسا درجہ انبطاح طاری ہو جاتا ہے جو موت میں ختم ہو جاتا ہے۔ ممکن ہے کہ امتحان بعد المات سے تقریباً تمام مخاطی اغشیہ میں حوض کلیہ میں پلیٹورا، مامور باریطون، سحایا، بلکہ پیمپٹروں اور لب عظام تک میں دوسرے علامات ظاہر ہوں۔ ممکن ہے کہ دماغی نزف موت کا سبب ہو جائے۔ معانی غشائے مخاطی کا اغتشاش اور تقرح بھی پایا گیا ہے جس سے اشتہاب اور التاب باریطون پیدا ہو جاتے ہیں۔ خالط پر سور (fulminating purpura) کا نام بعض ایسی اصابتوں کو دیا گیا ہے جو پانچ گھنٹوں سے لے کر تین دن میں مہلک ہو جاتی ہیں۔ ان میں سے بہت سی اصابتیں قرمز (scarlatina) کے بعد واقع ہوتی ہیں۔

ھیناٹ کے پر پیورا (Henoch's purpura) میں جلد کے ضرا حمری (erythematous) یا شری (urticarial) ورم ہو سکتے ہیں جو اکثر بڑے وسیع ہوتے ہیں اور جن میں نزف بالکل نہیں ہوتا۔ ان کے ساتھ منفصلی درد یا اورام درد شکم کے حصے قے اور آنت سے نزف اور دم بولایت پائے جاتے ہیں۔ طحال قدرے جس پذیر ہوتی ہے۔ یہ قسم بچوں میں ہوتی ہے اور ہفتوں یا مہینوں کے دوران میں بار بار مکرر ہوتی ہے۔ ان اصابتوں میں علامات کی ترتیب زمانی بہت کچھ مختلف



ہوتی ہے، اور پریٹورائی ٹوران اکثر اخیر کے ساتھ ظاہر ہوتا ہے اور یہ ہمیشہ نہیں ہوتا کہ یہ زیادہ وسیع ہو۔ اس سے اس امر کی توجیہ ہوتی ہے کہ اس میں صدم و موت یا قلت غلیات طبعی کیوں مغفود ہوتی ہے۔ اس کے برعکس درد مفاصل کے جلد واقع ہو جانے سے حادثیت کی تشخیص ہو جانے کا امکان ہے، اور بہت سی مثالوں میں شکمی علامات نمایاں ترین ہوتے ہیں۔ چنانچہ درد شکم، قے، اور تمدد سے بعض اوقات معوی تسدو (intestinal obstruction) یا التهاب زائمد و ددیہ کا گمان ہو سکتا ہے۔ یا یہی علامات اور ان کے ساتھ آنت سے نزف اور ایک جس پذیر رسولی اگر بچہ میں ہوں تو انفاد الامعاء (intussusception) کی تشخیص ہو جاتی ہے۔ جب شکمی علامات تنہا موجود ہوں تو شکم شگافی کا علیہ کر دیا گیا ہے اور مفروضہ انفاد آنت کا ایک ایسا حصہ ثابت ہوا ہے جو انصبابی خون سے در ریختہ تھا۔ ممکن ہے کہ پیشاب میں بہت البیومن ہو، اور خون یا سائیک یا خالص خون ممکن ہے ہو یا نہ ہو۔ بہت سی اصابتیں ہلک ہوتی ہیں۔ دوسری اصابتیں شغایاب ہو جاتی ہیں لیکن ان میں البیومن بولیت مہینوں جاری رہ سکتی ہے۔ رثیتی پریٹوریا (rheumatic purpura) میں جو کہ غالباً ہیناک کے پریٹوریا کی ایک خفیف شکل ہے حادث منصلی التهاب نمایاں ہوتا ہے، اور اس کے ساتھ ہی پریٹوری احمرار اور شری ہوتے ہیں اور ممکن ہے کہ التهاب دروں قلب اور التهاب گرد قلبہ ہوں۔

**تشخیص**۔ تشخیص کرتے وقت پہلے پیراگراف میں بیان کئے ہوئے نمشیوں کے تمام ممکن اسباب کو خارج از بحث کر دینا چاہئے۔ اسکووی کی شناخت مسوڑھوں کی اسفنجی حالت تحت الجلد یا ردائی تعلبات (fascial indurations) سے ہوتی ہے۔ ممکن ہے کہ خبیث لکھر سلعی رسولیاں (malignant sarcomatous growths) نزفی پریٹوریا سے کسی قدر مشابہت پیش کریں۔ یہ پاؤں کھنا بھی اچھا ہے کہ بعض اوقات غریبوں کے بچے کیلک گزیدگی (flea-bites) کے بعد وسیع نمشی ٹوران پیش کرتے ہیں۔ یہ دھتے یکساں طور پر آلپن کے ہرے کے برابر ہوتے ہیں۔ حفظ الغبض پیا نزفی مزاج کے لئے ایک مفید کا شفقہ ہم ہنچا ناچہ بازو پراتسا دباؤ کہ جو نبض کو مطمئن کر دینے کے لئے کافی ہو، دو منٹ تک عمل میں لایا

ہوتا ہے۔ اگر کاشغہ مثبت ہو تو پیش بازو پر پر پیورا نمودار ہو جاتا ہے، جو کہ بسا اوقات وسیع ہوتا ہے۔

**علاج۔** عفونی مرکبوں کا استیصال کر دینا چاہئے۔ نسبتاً خفیف تر اصابتوں میں بستر میں آرام، مقوی ادویہ اور عمدہ سادہ غذا اکثر بہ سرعت شفا بخش ہوں گے۔ جب پر پیورا خاص کر جوارح زیرین کو ماؤف کرتا ہے تو اس صورت میں وہ اکثر مریض کے بہتر اختیار کرتے ہی غائب ہو جاتا ہے، اور اگر مریض جلدی کر کے پھر چلنا پھرنا شروع کر دے تو وہ مکرر نمودار ہو جاتا ہے۔ لوہا، سکنبیا، اور کیوینین (quinine) معمولی مقداروں میں دئے جاسکتے ہیں۔ کیلیم کلورائیڈ (اگرین) .. آطرب پانی میں) یا تین سی سی کیلیم گلوکونیٹ (calcium gluconate) کے دروں عضنی اثرات روزانہ ایک بار مفید ہو سکتے ہیں۔ نیز اسی سی مصل کا اشرب کیا جاسکتا ہے (یہ انسانی مصل ہو تو زیادہ پسندیدہ ہے) اور اسے مکرر دیا جاسکتا ہے۔ قلت خلیات علقی کا علاج بذریعہ جگر کرنے کی سفارش کی گئی ہے، اس طرح کہ جس طرح متلف عدم و مویت کے عنوان کے تحت بیان کیا گیا ہے (40)۔

شدید اصابتوں میں نقل الدم مفید ہو سکتا ہے، اور اس مفروضہ کی بنا پر کہ طحال دموی لوجیوں کو تلف کر رہی ہے، طحال کا استیصال کر دیا گیا ہے اور اس سے نفع بخش نتائج حاصل ہوئے ہیں (27)۔ حال ہی میں یہ اعمار کیا گیا ہے کہ امیکاربک ایسڈ (ascorbic acid) (ملاحظہ ہوا سکروی) کے اثرات سے تمام اصابتوں میں فائدہ ہوتا ہے، لیکن اگر مزید تجربہ سے یہ صحیح ثابت ہو تو ان نظریات کی نظر ثانی کرنی پڑے گی جو کہ پر پیورا کے سبب کے متعلق مانے جاتے ہیں۔

## نزفیت

(HÆMOPHILIA)

نزفیت ایک مرض ہے، جو تقریباً تمام تر مردوں تک محدود ہے اور جس کا میز خاصہ ادا ہونے کا رجحان ہے، جو خود بخود ہوا ضرب سے ہو۔ یہ مرض محدودی ہوتا ہے

اور عورت کے ذریعہ سے قتل ہوتا ہے، جو خود اس مرض سے بالکل غیر متاثر ہوتی ہے اور یہ صرف مرد کو ماؤف کرتا ہے جو کہ ”وائی“ (”bleeder“) کہلاتا ہے۔ ان امور میں یہ کاذب بیش پرورشی عضلی شکل (pseudo-hypertrophic muscular paralysis) سے مشابہ ہوتا ہے۔

امراضیات - خون کا عرصہ ترویض بہت تاخیر ظاہر کرتا ہے، جو ممکن ہے کہ بڑھ کر چالیس منٹ یا زیادہ ہو جائے۔ لہذا کسی چھوٹے سے زخف کو بھی جو اتفاقاً ہو جائے کوئی چیز نہیں روک سکتی۔ پروتھرا مبین (pro-thrombin) کی کون تھا تاخیر کے ساتھ ہوتی ہے، گو لوہے جو پروتھرا مبین پیدا کرتے ہیں طبعی تعداد میں موجود ہوتے ہیں اور ان کا التزاق بھی قسبی ہوتا ہے۔ تھرا مبین (thrombokinase) لینے فائبرین خمیر کا دو سر اپیش رو بھی کافی مقدار میں موجود ہوتا ہے (۲)۔ لیکن پروتھرا مبین کا فائبرین خمیر تک متغیر ہونا بھی نہایت تاخیر کے ساتھ ہوتا ہے۔ اگر ایک استہانی حالت پیدا کر دی جائے تو عرصہ ترویض بہت کم ہو جاتا ہے اور علاج میں اسی سے فائدہ اٹھایا جاتا ہے۔ قلب اور شرائین کا شمی اسخطاط جو بعض اصابتوں میں پایا جاتا ہے، غالباً ثانوی عدم دمویت کا نتیجہ ہوتا ہے۔ بعض دوسری حالتوں کو نزفیت سے متفرق کرنا ضروری ہے چنانچہ ایک الکسانی قسم ہے جو کہ تشک فائبرینوجن کی کمی قلیل الکس نزلیفیت جس میں پست دموی کیلیم ہو اور حقیقی قلت خلیات علقی سے تعلق رکھتی ہے (۳)۔ یہ حالتیں ان مونث دامیات کی توجیہ کرتی ہیں جو کہ گاہے پستی ہیں۔ علامات - یہ عموماً زندگی کے پہلے سال میں ظاہر ہو جاتے ہیں، اگرچہ بعض اوقات ان میں سات یا آٹھ سال تک تاخیر ہو جاتی ہے۔ نہایت شدید درجہ میں ناک مسوڑھوں اور دہن سے اور سنبہ کم عام طور پر محدس، پھیپھڑوں یا اعضائے تناسل سے خود بخود زخف واقع ہوتے ہیں۔ بعض اوقات ان سے پہلے پری کا احساس ہوا کرتا ہے۔ نہایت خفیف سے علقی، مثلاً چمک کا نیکہ لگانے، دانٹ اکھاڑنے، پھیپھڑا پیرنے، یا انگلی کے کٹ جانے کے بعد خطرناک بلکہ مہلک زخفات واقع ہو سکتے ہیں۔ نقصانوں کے علاوہ خفیف سی چوٹوں سے جلد کے نیچے آسانی زخف ہو کر کوفت لباں یا زخف کی رولیاں پیدا ہو جاتی ہیں۔ مناسل کے زلابی کہنوں اور بانخصص کہنے کے جوا میں

نزف ہو جاتا ہے۔ یہ نہایت عام طور پر سات اور چودہ سال کی عموں کے درمیان ہوتا ہے اور چوٹوں سے یا سردی یا رطوبت میں تکشف سے پیدا ہو جاتا ہے۔ جوڑوں کی اس حالت کے ساتھ تپ بھی ہوتی ہے۔ یہ حالت ممکن ہے اچھی ہو جائے، لیکن پھر بار بار عود کراتی ہے۔ بالآخر ممکن ہے کہ گرد مفصلی انضامات کی وجہ سے مفصل جاسی یا مثبت ہو جائے۔ عضلات کا ریشتی عارضہ اور توانی ثلاثی عصب کا درد (trigeminal neuralgia) کبھی کبھی نزیفیت کی چیمپ کیوں کے طور پر بیان کیا گیا ہے۔ ممکن ہے کہ ادماآت کے درمیانی وقفوں میں نزیفیت کے مریض بالکل تندرست نظر آئیں، لیکن خون ضایع ہو جانے سے عدم دمویت پیدا ہو سکتی ہے۔ مریض اکثر آٹھ سال کی عمر تک پہنچنے سے پہلے نقصان خون سے ہلاک ہو جاتے ہیں، لہذا اگرچہ اس زمانہ کے بعد ان کی بقائے حیات کے موقعے زیادہ ہیں، ادھر عمر میں بھی اسی طرح موت واقع ہو سکتی ہے۔

**تشخیص**۔ اس کا انحصار اس پر ہے کہ خون کا عرصہ ترویض زیادہ پایا جائے۔  
**علاج**۔ سطمی نزف کے لئے بہترین علاج یہ ہے کہ نقطہ او مار پڑ بیکار تھکوں کو پونچھ کر نکال دینے کے بعد قدرے تازہ انسانی خون میں بھگوئی ہوئی نرم روئی لگائی جائے۔ لیکن تازہ حیوانی بافت بھی استعمال کی جاسکتی ہے۔ سب سے زیادہ یقینی طریقہ یہ ہے کہ سانپ کا قشب لگایا جائے۔ سائٹریٹ آمیز خون (citrated blood) کا نقل الدم عرصہ ترویض کو پانچ سے سات دن کے عرصہ کے لئے کم کر دیتا ہے۔ فی الحقیقت یہاں تک کہا گیا ہے کہ ہر منروف کا پانچ یا چھ ممکن الموصول معطیوں کے مقابلہ میں امتحان کر لینا چاہئے تاکہ ناگہانی ضرورت کے وقت ان میں سے کم از کم ایک تو ہمیشہ دستیاب ہو سکے گا۔ زیادہ مقدار میں خون کے استعمال کی ضرورت نہیں۔ اس کے تبادل کے طور پر سٹریٹ آمیز انسانی پلازما کا نقل الدم کرنا چاہئے۔ اس حالت میں خون کی گروہ بندی کرنے کی ضرورت نہیں۔ جب کبھی کسی عملیہ کی ضرورت لاحق ہو تو ایک ابتدائی نقل الدم عمل میں لانا چاہئے۔ اور یہ تیاری چوٹے سے چھوٹے عملیہ سے قبل بھی کرنا مناسب ہے۔ کس دن پہلے اسی سی گھوڑے کے فصل کا قح الجلد شرب کر کے مریض میں ایک فاعلی استہدانی حالت پیدا کرنا فہستہ بہت کم یقینی ہے (41)۔

عرصہ ترویج میں کچھ کمی جگر کی غذا دے کر پیدا کی جاسکتی ہے، جس طرح کہ متلفہ عدم دمویت (42) میں دی جاتی ہے۔ جب پلازما کی انہیوں میں گلابیوں نسبت بہت کم (طبعی ہم بمقابلہ) تو اسے سکاربک ایسڈ (ملاحظہ ہوا سکروی) ۲۰۰ ملی گرام بالغ کیلئے اور ۱۰۰ ملی گرام بچہ کے لئے کامیاب ثابت ہوا ہے (43)۔

اگر دے ہوئے جوڑ کے لئے گرم ہوائی غسل اور ہلکی مالش کام میں لائی جاسکتی ہے۔ کسی معدم جس دوا کے زیر اثر انضامات کو توڑنے سے عموماً احتراز کیا جاتا ہے، کیونکہ اس میں تازہ نرف کے شروع کر دینے کا خوف ہوتا ہے، لیکن یہ عمل پلازما حادثہ ہوئے انجام دیا گیا ہے۔ اس مرض کی خطرناک نوعیت پر اور نسائی صنف کی وساطت سے اس کے منتقل ہونے کے طریقہ پر نگاہ کی جائے تو یہ بیسی امر ہے کہ دائمی خاندانوں کی عورتوں کو شادی نہیں کرنی چاہئے، گو وہ خود نزیغیت کی شکایت نہ رکھتی ہوں۔

## نقل الدم

(BLOOD TRANSFUSION)

اس اصطلاح سے یہ مراد ہے کہ ایک تندرست شخص (مطی) = "donor" کا خون لے کر اس کا اشتراک علاج کی غرض سے ایک مریض (یا بندہ) = "recipient" کے دوران خون کے اندر کیا جائے۔ طب میں اس علاج کے داعیات حسب ذیل ہیں۔ (۱) وہ نرف، مثلاً معدی اور اثنا عشری قرعہ، زحیر تپ محرقہ، بے محل حمل (ectopic gestation) فوزائیدہ کا براہِ دم الاسود (melena neonatorum) - (۲) امراض خون، مثلاً شدید پریوریٹور، نزیغیت، عدم دمویت، بیض دمویت - (۳) شدید سرایتیں، مثلاً ساری التباہ وروں قلبہ - (۴) شاید بعض قسمات، جیسے کہ مخطور یوریا دمویت۔

وہ طریقے ذرا ناپسندیدہ ہیں جن میں مطی کی شریان یا ورید پر شکاف دینے کی ضرورت لاحق ہوتی ہے، کیونکہ ان میں مطی کے لئے عفونت کا خطرہ گو خفیف مگر صریح ہوتا ہے۔ اگر ایک چوڑی کھوکھلی سوئی کو براہِ راست وسطی یا سلیق ورید کے اندر

داخل کر کے اس کے ذریعہ سے خون حاصل کیا جائے تو معطلی کے لئے کوئی خطہ نہیں ہوتا۔ سوئی کی نوک کو ایک اربکناس پتھر پر تیز کرنا چاہئے اور عدد سی یا خردہیں کی پست طاقت سے اس کا امتحان کرنا چاہئے۔ ”سائٹریٹ طریقتہ“ (citrate method) میں سوئی سے خون ربر کی نلی کے ایک چھوٹے ٹکڑے میں سے ہو کر ایک ناپنے کے عقیقہ ظرف کے اندر آنے دیا جاتا ہے جس میں رازہ کشیدہ کئے ہوئے پانی سے بنائے ہوئے سوڈیم سائٹریٹ کے ۲۰ فی صدی محلول کے ۱۰۰ سی سی خون کے ۱۰۰ سی سی کے لئے موجود ہوتے ہیں۔ بازو کے گرد باؤ کے ذریعہ سے ہسٹوکی شرح زیادہ کر دی جاتی ہے۔ خون کو سارے وقت گرم رکھنا چاہئے۔ تفتیق کے لئے ایک عقیقہ استوانی قیف استعمال کی جاتی ہے جس میں تھوڑا مالج موجود ہوتا ہے اور ایک ربر کی نلی اور میٹلکی اور سوئی لگی ہوئی ہوتی ہے۔ سوئی کے قریب سٹیشہ کی نلی کا ایک چھوٹا ٹکڑا داخل کر دیا جاتا ہے تاکہ وہ ایک درجہ کا کام دے اور اس کا یقین ہونے کے لئے کہ سوئی ٹھیک مقام پر داخل ہو گئی ہے قیف کو ایک لمحہ کے لئے نیچے جھکا دیا جاتا ہے یہاں تک کہ خون شیشہ کی نلی میں داخل ہو جائے۔ پھر اسے ارجھا اٹھ کر سائٹریٹ خون سے بھر دیا جاتا ہے۔ ایک عقیقہ شیشی بھی استعمال کی جاسکتی ہے تاکہ معطلی سے خون بذریعہ امتصاص نکال کر خفیف دباؤ کے تحت مریض میں داخل کیا جاسکے۔ اگر معطلی پر عیسی طاری ہو جائے یا وہ شاحب پڑ جائے یا اسے پسینہ آنے لگے، یا اگر اس کی نبض ۶۰ سے کم ہو جائے تو خون نکالنا موقوف کر دینا چاہئے۔ فائبرین بودہ خون کے استمال سے امید افزا نتائج حاصل ہوئے ہیں بالخصوص مہرایتوں میں۔ معلوم ہوتا ہے کہ سائٹریٹ خون کے نسبت فائبرین بودہ خون اپنے مانع سمیت یا ضد جراثیم خواص زیادہ حد تک قائم رکھتا ہے۔ سائٹریٹ ملائے کے بجائے جب خون فیشی کے اندر بہ کر رہا ہے تو اس کو ہلایا جاتا ہے جس سے فائبرین اس خمیدہ نلی پر نہ نشین ہو جاتی ہے جو ڈاٹ سے نیچے شیشی کے پینڈے میں جا کر پھسرا دیا جاتی ہے۔ اس خون کو اثرباب کرنے سے پہلے عقیقہ کا ز میں سے چھان لینا چاہئے تاکہ فائبرین کی چھوٹی چھوٹی دھجیاں خارج ہو جائیں۔ ”مناعتی نقل الدم“ (immuno-transfusion) میں معطلی کو پہلے سے منبج کر لیا جاتا ہے یا خون کو

فی الزجاجہ منع کر لیا جاتا ہے۔

بعض احتیاطوں کو عمل میں لانا ضروری ہے۔ مصلیٰ کا تعامل و آزر من دیکھنا چاہئے اور مصلیٰ اور یا بندہ کے خونوں کی موافقت کی تعیین ضروری ہے۔

موافقت (compatibility)۔ اگر مصلیٰ کے خلیئے یا بندہ کے مصل سے

450

مترقی نہوں تو یہ کافی ہے۔ آخر الذکر کے خلیات اول الذکر کے مصل سے مترقی نہ ہوں یہ ضروری نہیں کیونکہ مصلیٰ کا مصل یا بندہ کے دوران خون میں جلد مرقق ہو جاتا ہے موافقت کا امتحان کرنے کے لئے مصلیٰ کی انگلی سے خون کا ایک قطرہ سوڈیم سائٹریٹ کے ۱۵ فی صدی محلول کی ایک سی سی کے اندر گرنے دیا جاتا ہے اور حاصل شدہ تطبیق کا ایک قطرہ ایک خرد بینی شریکہ پر یا بندہ کے مصل کے ایک قطرے میں ملا دیا جاتا ہے اور پھر اسے ایک شیشہ محافظ سے ڈھانک دیا جاتا ہے۔ چند منٹ کے بعد اس شریکہ کا خرد بینی امتحان التزاق کو دیکھنے کے لئے کیا جاتا ہے۔ افراد کی ترتیب چار گروہوں میں حسب ذیل کی گئی ہے۔

مصل				
گروہ ۴	گروہ ۳	گروہ ۲	گروہ ۱	
+	+	+	-	گروہ ۱
+	+	-	-	گروہ ۲
+	-	+	-	گروہ ۳
-	-	-	-	گروہ ۴

خلیات

چنانچہ دیکھا جائے گا کہ اگر گروہ ۲ اور ۳ کے مصل مذکور رکھے جائیں تو کسی نے ہوئے شخص کے خلیوں کا گروہ دریافت کیا جاسکتا ہے۔ گروہ ۴ کے خلیوں کا التزاق کسی





بب کہ  $CO_2$  کا دباؤ خون میں حل شدہ  $CO_2$  کے تناسب سے ہوتا ہے۔ طبی اشخاص میں شریانی خون میں  $CO_2$  کا دباؤ اس سے ذرا کم ہوتا ہے کہ جتنا پھیپھڑوں کے بخیر و بابر میں  $CO_2$  کا دباؤ ہوتا ہے۔ اس مساوی میں اختلافات بہترین طور پر مندرجہ ذیل جدول میں دیکھے جاسکتے ہیں:-

جدول ۱۔ ترشہ، اساس توازن مختل ہونے کی مثالیں

451

۱۔ $CO_2$ کو متاثر کرنے والی۔	۲۔ بائی کاربونیٹ کے ارتکاز کو متاثر کرنے والی۔
(ا) نہ یاد دہی۔ زیادہ تکوین، تندوریش۔	(ا) مکی۔ ترشے یا امکائی ترشے
کئی اخراج۔ تنفسی مرکز کا مخدرات یا نیند کی وجہ سے ہیست ہو جانا۔ تنفس میں مداخلت ہونا (قلب یا پھیپھڑوں کے مرض کی وجہ سے)۔	(NH <sub>4</sub> Cl یا CaCl <sub>2</sub> ) بافراط نگلنا۔
$CO_2$ میں سانس لینا۔	ترشوں کی مفراط محکومین:- لیکٹک ایسڈ ورزش میں۔
	ترشوں کا ساکس نہ ہونا:- بالخصوص ایسٹوائینک ایسڈ کا۔
	ترشوں کا التهاب گردہ میں خارج نہ ہونا۔
	اساس کا نقصان۔
(ب) مکی۔ زائد تنفس:- ارادی، ہٹیر یا میں جذباتی مرکز میں محلی ہیمیات کے نتیجہ کے طور پر حمیات میں بلند ارتقاعات پر خالص قلبی بہر میں۔	(ب) نہ یاد دہی۔ اساس
	(NaHCO <sub>3</sub> ) یا امکائی اساس (مثلاً سوڈیم سٹریٹ) بافراط نگلنا۔
	ترشہ کا نقصان مثلاً معدی مولونی ناسو
اگر $CO_2$ کا دباؤ بائی کاربونیٹ کے تناسب کی حد سے آگے بڑھ جائے تو یہ $Cu$ زیادہ ہو جائے گا۔ بالفاظ دیگر خون غیر طبی طور پر ترشی ہوگا۔ یہ حالت (ا) میں بتائی ہوئی حالتوں میں پائی جاتی ہے اور اسی کو ترشہ دمویت (acidemia) کہتے ہیں۔	جیسا کہ ۲ (ا) میں بتایا گیا ہے یہی چیز بائی کاربونیٹ کے ارتکاز کی کمی سے بھی پیدا ہو جاتی ہے۔ قلبی دمویت (alkalæmia) کی اصطلاح اس کی برعکس حالت کے لئے استعمال کی جاتی ہے جس میں $Cu$ غیر طبی طور پر کم ہو جاتا ہے۔ جیسا کہ

(ب) میں بتایا گیا ہے یہ  $CO_2$  کی کمی سے پیدا ہو جاتی ہے یا جیسا کہ (ب) میں بتایا گیا ہے بائی کاربونیٹ کی زیادتی سے پیدا ہو جاتی ہے۔ یہ ایک خفیف حد تک بلند ارتفاعات پر اور زوردار تنفس کی وجہ سے جسم سے  $CO_2$  دھل کر خارج ہو جانے کے بعد پیدا ہوتی ہے (بے دغائی) (ا'ب) اور بعض اوقات تکرر (tetany) کی حالت میں بھی (ملاحظہ ہو صفحہ 488)۔ یہ قلی کی بڑی مقداریں لینے کے بعد بھی واقع ہو جاتی ہے (ب'ب) جس سے شکر کی برداشت کی کمی اور کیتونیت ہو جاتی ہے۔

اگرچہ  $CO_2$  کا ارتکاز تنفس پر منحصر ہوتا ہے، لیکن بائی کاربونیٹ روں کا ارتکاز خون کے غیر طرین پذیر ترشی اور اساسی مادوں کا حاصل ہوتا ہے۔ اہم ترشی مادے یہ ہیں: آکسی ہیموگلوبن اور مختلف ترشے جو تھول کی اثنائیں پیدا ہوتے ہیں مثلاً کلورائیڈ، فاسفیٹ، سلفیٹ اور غیر طبعی ترشے جیسے کہ بیٹا، کسی بیک ایسڈ اور ایسٹو اسٹک ایسڈ۔ اساسی مادے یہ ہیں: سوڈیم پوٹاشیم، کیلیم اور میگنیم۔ بائی کاربونیٹ جو کہ ان کا حاصل ہے، خون میں  $CO_2$  کی اس مقدار سے ناچا جاتا ہے جو کہ  $CO_2$  کے ایک مقررہ دباؤ یعنی ۴۰ ملی میٹر پر پائی جائے۔ اس کو خون کا قلی محفوظہ (alkali reserve) یا ثابت کاربن ڈائی آکسائیڈ (fixed  $CO_2$ ) یا دموی بائی کاربونیٹ (blood bicarbonate) کہتے ہیں۔ اس کی طبعی قدرہ ۳ درجہ سینٹی میٹر پر خون کی ہر سی سی میں ۴۰ اور ۵ سی سی کے درمیان ہوتی ہے۔

ترشہ سمیت (acidosis) کی اصطلاح کو ابتداء جسم کے اندر ایسٹو اسٹک ایسڈ اور بیٹا آکسی بیٹا بیک ایسڈ کی پیدائش اور پیشاب کے اندر ان کے اخراج کو ظاہر کرنے کے لئے رائج کیا گیا تھا، جو ذیابیطس میں ہوا کرتا ہے۔ اب اس حالت کو کیتونیت (ketosis) کہتے ہیں۔ نسبتہ حال ہی میں ترشہ سمیت کی اصطلاح کو قلی محفوظہ کی کمی کے مترادف کے طور پر استعمال کیا گیا ہے، خواہ یہ کمی کسی بھی طریقہ سے پیدا ہو گئی ہو۔ لیکن دوسرے مصنفین نے اس اصطلاح کو خون کے  $C_{H_2}$  کی زیادتی کو ظاہر کرنے کے لئے استعمال کیا ہے، جو ایک بالکل

مختلف کمپیز ہے۔ اصطلاحات کے اس غلط ملط کے باعث بہترین ہی ہے کہ ترشہ سمیت کی اصطلاح کو جسم کے اندر ترشہ کی پیدائش کے عمل کو ظاہر کرنے کے لئے، اور قلوئی کثرت (alkalosis) کی اصطلاح کو قلی کی پیدائش کے عمل کو ظاہر کرنے کے لئے استعمال کیا جائے۔

مندرجہ بالا تصریحات بہر کے بعض عام اقسام کے اسباب پر غور کرتے وقت اہمیت رکھتی ہیں۔ نفاخ، دمہ اور شعبی التهاب میں اور رسولیوں کے باعث پیدا شدہ شعبی تسدو میں جب کہ ان حالتوں کے ساتھ بہر موجود ہو، خون کے اندر  $CO_2$  کے اجتماع کے باعث نمایاں ترشہ دمویت موجود ہوتی ہے (جدول میں 'ا' ایسی حالتوں میں پھیپھڑوں کی حالت کی وجہ سے، یہ کاربن ڈائی آکسائیڈ ( $CO_2$ ) باوجود تنفس کی زیادتی کے خارج نہیں ہو سکتی۔ ممکن ہے کہ ان میں سے بعض حالتوں میں آکسیجن کی قلت بھی بہر کی پیدائش میں حصہ لیتی ہو۔ خون کا قلوئی محفوظ ممکن ہے تقریباً طبعی رہے، گو یہ اکثر بہت زیادہ ہو جاتا ہے کیونکہ اساس بافتوں سے خون میں منتشر ہو جاتے ہیں۔

مطرائی مرض (mitral disease) کے بہر میں زیادتی تنفس کی وجہ سے کاربن ڈائی آکسائیڈ ( $CO_2$ ) کم ہو جاتا ہے لہذا قلی دمویت موجود ہوتی ہے (ا' ب)۔ قلوئی محفوظ طبعی ہوتا ہے، بشرطیکہ کوئی نہایت وسیع عام اڈیم موجود نہ ہو۔ آخر الذکر کی موجودگی میں ممکن ہے کہ قلوئی محفوظ کم ہو جائے۔

452

سریر یا قی اہمیت رکھنے والی دوسری حالتوں میں ترشہ دمویت موجود ہو سکتی ہے، یہ حالتیں کیتونیت، مزمن یا "ہناکتی" یوریا دمویت اور انشناج (eclampsia) ہیں۔ کیتونیت میں خون کے اندر آیسٹو آیسٹک ایسڈ اور بیٹا آکسی بیوٹائرک ایسڈ کا اجتماع ترشہ دمویت کا ادلی سبب ہوتا ہے۔ یہ مرکز تنفس کو ہیج پہنچاتے ہیں جس سے تنفس زیادہ ہو کر کاربن ڈائی آکسائیڈ دھل کر خون سے باہر نکل جاتا ہے، اور ساتھ ہی قلوئی محفوظ بھی کم ہو جاتا ہے۔ لیکن کاربن ڈائی آکسائیڈ کی کمی تناسب کے ساتھ نہیں ہوتی، چنانچہ بالکل ابتدائی درجوں میں  $Ca$  میں کچھ زیادتی ناپی جاسکتی ہے۔ آخر درجوں میں تو دم کے آغاز کے زمانہ میں ممکن ہے کہ نہایت شدید

درجہ کی ترشہ دمومیت واقع ہو جائے (۲) ذیابیطس کے بیان میں کیتونیت پر مزید غور کیا جائے گا۔ یوریا دمومیت، اذیائی التهاب گردہ، التهاب گردہ اور انشجاج کی ترشہ دمومیت بھی غالباً ثابت ترشوں کے اجتماع کے باعث پیدا ہو جاتی ہے، بالخصوص فاسفیٹ اور سلفیٹ روانوں کے اجتماع سے۔ یوریا دمومیت کے توما کی ایک اسابت میں (۲) موت سے تھوڑے عرصہ پہلے ۷۲۷ pH تھا۔ نفاخ کی ایک اسابت میں جس میں کاربن ڈائی آکسائیڈ کا احتباس تھا (۱) موت سے چند ہفتے پہلے جب کہ مریض کامل ہوش میں چلتا پھرتا تھا ۷۲۴ pH تھا۔ پس یہ بہت مشکوک ہے کہ آیا ترشہ دمومیت بذاتہ یوریا دمومیتی توما کا سبب ہوتی ہے، کیونکہ نفاخی مریض کا خون زیادہ ترشی تھا۔ زیادہ اغلب یہ ہے کہ توما خون میں محسوس شدہ ترشی اشیاء کی زہریلی نوعیت کے باعث ہوتا ہے۔ اسی نظریہ کا اطلاق کیتونیت پر ہو سکتا ہے، کیونکہ اس حالت میں ایسٹوائسٹک کے سالمہ کی ساخت سے اس امر کی اچھی شہادت ملتی ہے کہ یہ بذاتہ ایک زہر ہے (Hurtley & Trevan)۔ طبعی حمل میں اور ثانوی منقبض گردے (secondary contracted kidney) میں یوریا دمومیت طاری ہونے سے بہت پہلے قلووی محفوظ کی قابل پیمائش کی واقع ہو جاتی ہے۔ کثیر قلووی دمومیت میں اور گیس گئس گرین میں اور غالباً مختلف محوی حالتوں میں بھی قلووی محفوظ کم ہو جاتا ہے۔

اگر قریباً معدی قلوونی ناسور (۲) کے ذریعہ معدہ سے ترشہ ضائع ہو جائے تو قلووی محفوظ بڑھ کر قلووی دمومیت پیدا ہو جاتی ہے۔ بعض اصابتوں میں ایک ثانوی کیتونیت پیدا ہو جاتی ہے، اسی طرح جس طرح کہ کلیاں بچکنے کے بعد اور قلووی دمومیت کے باوجود پیشاب ترشی رہتا ہے (۸۶) کیونکہ ملح ضائع ہو جاتا ہے (۸۶)۔

خون کے  $C_n$  کو نسبت تنگ حدود کے درمیان رکھنے کے لئے مختلف میکانے پائے جاتے ہیں۔ گردوں کی راہ سے ترشہ دو طرح سے خارج ہوتا ہے:۔ (۱)۔ اساسی کے مقابلے میں ترشی فاسفیٹ کی زیادتی کی وجہ سے پیشاب خون کی نسبت

زیادہ تر شہی رہتا ہے۔ (ب) ایونیا پیدا ہوتی ہے اور یہ ترشوں کے ساتھ مزون ہو کر تعدیلی لمحات بنا دیتی ہے، جو کہ خارج ہو جاتے ہیں۔ چنانچہ پیشاب کی ایونیا تیار ہوتی ہے۔ (ج) قلی بھی گردوں کی راہ سے خارج ہوتی ہے۔ یہ خالص قلی بہرہ میں اور بلند ارتفاعات پر واقع ہوتا ہے، جہاں  $CO_2$  کا دباؤ بیش تنفسی کی وجہ سے گھٹ جاتا ہے (ا) (ب)۔ پھر گردوں کی راہ سے قلی صنایع ہوتی ہے اور قلوئی محفوظ کم ہو کر قلوئی دمویت گھٹ جاتی ہے۔ (د) قلوئی محفوظ کا  $Ca$  کے تغیرات روکنے کا یہ فعل بافتوں سے مدد حاصل کرتا ہے، جو ثابت ترشے اور اساسات لینے اور دینے کی طاقت رکھتی ہیں، بلکہ ثابت ترشے تیار کرنے کی طاقت بھی، مثلاً قلی نگلنے کے بعد کیتون ایام۔

نتیجہ یہ ہے۔ سانس کا پھول جانا ترشہ دمویت کی ایک قیمتی دلالت ہے لیکن یہ امور ذیل کے باعث ہو سکتا ہے:۔ (الف) آکسیجن کی احتیاج (ب) معکوس فعل کے طور پر جو کہ شاید اولی مرض قلب کی حالت میں ہوتا ہے، جس میں تنفسی پمپ، دوران خون کو مدد دیتا ہے۔ (ج) تنفسی مرکز کی مقامی نراش (د) ترشہ دمویت، خون میں کاربن ڈائی آکسائیڈ یا ثابت ترشہ کی زیادتی۔ (الف) مریض میں غالباً کبودی یا زراق ظاہر ہوگا۔ (ب) تنفس تیز ہوتا ہے، اور مرض قلب کے علامات موجود ہوں گے۔ (د) درون جمبی مرض کے علامات موجود ہوں گے، مثلاً داغی زوف، اور مریض غالباً بے ہوش ہوگا۔ (ا) جہاں اولی ضرر شش منقود ہو، جو غالباً کاربن ڈائی آکسائیڈ کی زیادتی کے باعث ترشہ دمویت پیدا کر دیتا ہے وہاں تنفس کی زیادتی غالباً خون کے اندر ثابت ترشہ کی زیادتی کے باعث ہوتی ہے۔ تنفس اکثر آہستہ اور گہرے ہوتے ہیں۔ ثابت ترشہ کی مقدار کا صحیح ترین ناپ قلوئی محفوظ کی امت تخمین سے معلوم ہوتا ہے، لیکن یہ بمشکل ایک سرسری طریقہ ہے۔ تین دوسرے طریقے استعمال کئے جاسکتے ہیں:۔ (۱) پیشاب کے ایک نمونے میں مجموعی نائٹروجن کے مقابلہ میں ایونیا نائٹروجن کی نسبت کی تخمین کی جاتی ہے۔ طبعی طور پر یہ ۳ تا ۵ فی صدی ہوتی ہے۔ ترشہ دمویت کی شدید اصابتوں میں ۲۰ تا ۴۰ فی صدی کی قدریں حاصل ہو سکتی ہیں۔ (۲) جو فیزی

453

کاربن ڈائی آکسائیڈ کی پیمائش کسی آل سے کی جاتی ہے، مثلاً فرائی ڈیریشیا کے کاربن ڈائی آکسائیڈ تینڈ گی پیم (Fridericia's  $\text{CO}_2$  tensimeter) سے جس میں ایک تخمین تقریباً دس منٹ لیتا ہے۔ (۳) سوڈیم بائی کاربونیٹ کی وہ مقدار معلوم کی جائے جو پیشاب کو ٹیس کے لئے قلعوی بنانے کے لئے براہ دہن بنی پڑے۔ اس کے لئے معمولی اشخاص میں پانچ گرام کافی ہوتے ہیں۔ جب قلعوی محفوظ کم ہو جائے تو نسبت زیادہ مقدار کی ضرورت ہوگی، اور اس کی شناخت کے لئے بستہ دریچ بڑھتی ہوئی مقادیر تین تین یا چار چار گھنٹوں کے فاصلوں سے دی جائیں (Sellards)۔

یہ نہایت ضروری ہے کہ کیتونیت کے (جس میں ثابت ترشوں کی نوعیت معلوم ہوتی ہے) اور دوسری حالتوں کے درمیان جن میں قلعوی محفوظ کی کمی اور ترشہ دمومیت ہوتی ہے، واضح فرق کیا جائے۔ پیشاب میں فیرک کلورائیڈ ملائی سے مہاگنی جیسا بھورا رنگ، اور رائتھیرا (Rothera) یا لیگال (Legal) کے کاشفوں سے ارغوانی رنگ ظاہر ہونے سے، نیز سانس میں ایسیٹون کی بو ملنے سے کیتونیت کی تشخیص پہ آسانی ہو سکتی ہے۔ کیتونیت کی موجودگی ہمیشہ جسم کے اندر قابل حصول کاربوائیڈائیٹ کی کمی کی وجہ سے نہیں ہوتی، کہ جس سے ترشہ سمیت کا رجحان ہوتا ہے۔ وہ سوڈیم بائی کاربونیٹ کی بڑی مقداریں دینے سے پیدا ہو جاتی ہے، جو قلعی دمومیت پیدا کر دینے کا رجحان رکھتا ہے۔

**علاج۔** پہلے بیان کیا گیا ہے کہ یہ مشکوک ہے کہ ترشہ دمومیت بذاتہ کس حد تک موت کا سبب ہوتی ہے۔ لیکن جب وہ قلعوی محفوظ کی کمی کے ساتھ موجود ہو تو ہمارے علم کی موجودہ حالت میں اس کا ازالہ کرنا ہی ترین عقل ہے۔ اس مقصد کے لئے سوڈیم بائی کاربونیٹ یا سوڈیم سائیٹریٹ ایک ایک ڈرام کی معتادوں میں ہر دوسرے گھنٹے براہ دہن دیا جاسکتا ہے۔ حادثہ صابون میں عقیقہ دونی صدی سوڈیم بائی کاربونیٹ کا دروں وریدی اشراب کیا جاسکتا ہے۔

جہاں یہ سمجھا جائے کہ سریری حالت خون کے اندر سموم کی موجودگی

کی وجہ سے ہے، وہاں ان سموم کی پیدائش کو روکنا (ملاحظہ ہو کیتو نیسٹ کے تحت) اور اُن کے اخراج میں آسانی پیدا کرنا چاہئے (ملاحظہ ہو ذیابیطسی قوما کا علاج)۔

## امراض طحال

طحال شکم کے بالائی حصے میں بائیں جانب واقع ہے، اور پسلیوں سے بالکل چھپی ہوئی ہوتی ہے۔ تندرستی میں اُس کے محل وقوع اور ہماست کی تخمین محض بذریعہ قرع کی جاسکتی ہے۔ بائیں زیربغلی خطے میں نویں، دویں اور گیارھویں پسلیوں اور مشمولہ فضاؤں میں اصمیت پائی جاتی ہے۔ سامنے یہ اصمیت اُس خط سے محدود ہوتی ہے، جو بائیں بھٹنی سے گیارھویں پس کی نوک تک کھینچا جائے، پیچھے وہ تقریباً اُس خط تک پہنچتی ہے، جو عضلہ عربہ، ظہریہ کے اگلے حاشیے کے ساتھ مسلسل ہے۔ جب طحال بڑی ہو جاتی ہے تو وہ نیچے اور سامنے کے طرف پھیل جاتی ہے، اور اگر اس وقت جب کہ مریض گہری سانس لے نویں اور دسویں منبلی کریوں کے نیچے انگلیاں رکھی جائیں تو طحال کا حاشیہ اُن کے ساتھ ٹکرائے گا۔ اگر کلائی اور زیادہ ہو تو طحالی حاشیہ اس مقام پر واضح طور پر پسلیوں کے نیچے آجاتا ہے، چنانچہ وہ بہ آسانی محسوس کیا جاسکتا ہے اور کم و بیش شکم کے بائیں بالائی ربع میں واقع ہوتا ہے۔ انتہائی اصابتوں میں طحال نیچے رُباط پوپارٹ تک پہنچ جاتی ہے اور خط درمیانی کوناف کے نیچے عبور کرتی ہے، اگرچہ ممکن ہے کہ وہ بائیں جانب اوپر ہی رہے۔ اگلی دیوار شکم میں سے قرع کرنے پر بڑھی ہوئی طحال ہمیشہ اصمیت ظاہر کرتی ہے۔ وہ زیریں پسلیوں کے عین نیچے سے نکلتی ہے اور اگلی دیوار شکم کے تماس میں رہتی ہے۔ بعض اوقات اُس کی کور پسلیوں کے نیچے سے بروز کرتی ہوئی پیچھے کوکھ میں محسوس ہوتی ہے۔ اُس کے اگلے حاشیہ میں اکثر ایک یا دو واضح کٹاؤ ملتے ہیں۔ اگر کلائی بہت زیادہ ہو تو ممکن ہے کہ بائیں جانب میں ایک کھنچاؤ ہو یا وزن کا احساس ہو۔

مکن ہے کہ انفعات کی تکوین، یا اس سے پیدا ہو جانے والے گرد و طحالی، البتہ اب  
کی وجہ سے درد موجود ہو، لیکن حیات کے ساتھ کی کلائیوں میں درد کوئی نمایاں خصوصیت  
نہیں ہوتی۔ طحال کے لاشعاعی امتحان کے لئے ملاحظہ ہو صفحہ 383۔

تیسجیاتی نقطہ نظر سے طحال ایک لٹنکی ترتیب رکھتی ہے اور اسکی شریانی رسید یا تو (۱)  
بالینجی حیات کو جاتی ہے، جو محض چھوٹے لمفائی غدوہیں، یا (۲) وریدی جو فوں  
کو، اور علیٰ ہذا القیاس وریدوں کو، یا (۳) لبت کو، اور پھر دیواروں کے سامان  
میں سے ہو کر براہ راست وریدوں کو وریدی جو فوں میں یا لبت میں داخل ہونے  
سے پہلے خون ہلیلجی نما اجسام میں سے ہو کر گزرتا ہے، جو شریانات پر  
واقع ہوتے ہیں، اور جن کا فعل دوسرے افعال کے علاوہ یہ ہے کہ وہ مصراعوں  
کے طور پر عمل کرتے ہیں اور لبت یا وریدی جو فوں سے خون کو شریانی نظام کے  
اندر واپس نہیں جانے دیتے۔ لب ایک متشک جال سے بنتا ہے، جس پر کثیر  
قطبی خلیے اور بڑے ایبائی اکال خلیے واقع ہوتے ہیں۔ یہ تین عناصر ملکر شبکی  
درحلی نظام بناتے ہیں۔

454

طحال کے اہم افعال خون کے اندر کے اجسام غریبہ کی غلوی اکالیت  
اور بے کار اور خستہ دموی حیات کا اتلاف ہیں۔ لیکن طحال دموی حجم کو کم و بیش  
کرنے کا کام بھی کرتی ہے، اور لبت میں کے خون کو طحالی وریدوں میں اور اس  
طرح دوران خون میں موقعہ کے لحاظ سے بھیجتی رہتی ہے۔ چنانچہ ممکن ہے کہ دوران  
نزف میں یا دوران ورزش میں یا حرارت میں تکشف ہونے پر (جب کہ تبریدی  
اغراض کے لئے جلد میں فاضل خون کی ضرورت ہوتی ہے) یا اشتقاق کے دوران  
میں طحال سکر کر انہی طبعی حیات کا پاؤ یا پل حصہ رہ جائے (25)۔ دوران مرض  
میں طحال کی حیات نہایت تغیر پذیر ہوتی ہے، جس کی وجہ غالباً یہی کم و بیش  
کرنے کا فعل ہے۔

اب ان امراضیاتی تغیرات کا خلاصہ درج کیا جائے گا، جو طحال میں ممکن الوقوع  
ہیں۔ ان کے علامات اور علاج کی بحث دوسری جگہ درج ہے :-

فعال امثال (active congestion)۔ طحال بہت سے حادثہ



اعمال میں بڑی ہو جاتی ہے، خصوصیت کے ساتھ تب معمولی، حمی، ناکسٹ الکیو (ague) اور دوسرے طیریاتی حمیات میں ذات الریہ، تقیح الدم، خبیث الہتہاب، دوسوں قلبہ (malignant endocarditis)، پریپورائٹل ریوی اور حاد مدرن میں حمی تغایہ (puerperal fever) سرخ بادہ (erysipelas) اور آشک میں کیعقد کم کلانی ہوتی ہے۔ عروق شعریہ اور وریدی خون سے متہد اور پڑھتی ہیں۔ طحالی لب متورم اور کیہ طحال متہد ہوتا ہے۔ موت کے بعد طحال سیاہ سرخ یا ارغوانی رنگ کی اور نہایت نرم پائی جاتی ہے اور لب پانی کی رو سے آسانی سے ٹکڑا کر خارج ہو جاتا ہے۔ مینور (Muir) کے خیال کے مطابق طحال میں ساری اعمال سے حسب ذیل تبدیلیاں پیدا ہو جاتی ہیں:۔ لب کے خلیوں، بالخصوص غیر ذرائی زجاجی خلیوں اور درحلی خلیوں کی شدید علوی الکالی فعلیت، چنانچہ ان میں کثیر استعداد سرخ خلیے، اور تعدیل پسند سپید خلیے موجود ہوتے ہیں۔ لب میں لمبی خلیوں کی موجودگی۔ مالفیجی جسامت کی بہ ظاہر کلانی اُن کے گرد کے خلیوں کے متاثر کے باعث۔

### الہتہاب طحال (splenitis) اور گرد طحالی الہتہاب (perisplenitis)۔

ان میں سے بعض ساری حالتوں میں مرضی عمل بیش دمویت کے درجہ سے بڑھ کر حاد الہتہاب کے درجہ میں پہنچ جاتا ہے، جیسا کہ زیگلر (Ziegler) کی رائے کے مطابق عروق اور لب کے اندر سپید خلیوں کی مقدار کثیر کے طے سے ظاہر ہوتا ہے۔ خراج عام الہتہاب طحال کا نہایت شاہد نتیجہ ہوتا ہے۔ الہتہاب طحال کے ساتھ ساتھ ممکن ہے کہ کیہ کا الہتہاب، یعنی الہتہاب کیسڈ (capsulitis) یا گرد طحالی الہتہاب (perisplenitis) ہو، اور اس کے نتیجہ کے طور پر متصلہ اعضا یا جدار شکم کے ساتھ انضمام پیدا ہو جاتے ہیں۔ حاد یا مزمن الہتہاب کیہ بار بار امتحانات بعد المات میں پایا جاتا ہے، اور اس کا وقوع اکثر بالخصوص حاد شکل میں، ساری اعمال کی طرف منسوب کیا جاسکتا ہے۔

### سداوی مفعمات (embolic infarcta)۔ یہ آرن فائبرینی ذات

کے انفراز کا نتیجہ ہوتے ہیں، جو قلب کے مصرعوں سے یا اس کے کہنوں میں علقا سے جدا ہو گئے ہوں۔ یہ مفعمات فائبرین شکل یا مخروطی تو دے ہوتے ہیں، جو ممکن ہے

ایک بڑی جسامت حاصل کر کے طحال کا نصف یا دو تہ حصہ پر کریں۔ یہی طحالی کلانی کا سبب ہوتے ہیں۔ ان میں لونی تغیرات ظاہر ہوتے ہیں جو دوسری جگہ (صفحہ 318) بیان کئے گئے ہیں اور یہ عفوئی امواتوں میں قبیح ہو جاسکتے ہیں۔ بیض دمویت اور طحالی عدم دمویت کی طحالوں میں بھی منفعات واقع ہو سکتے ہیں۔

دورۃ (tubercle)۔ یہ طحال میں عام تدرن کے جزو کے طور پر رمادی یا اکثر شوخ سرخ گرہوں کی شکل میں واقع ہوتا ہے، جو ممکن ہے کہ چھوٹے مڑوں کی جسامت تک پہنچ جائیں اور جو جرم کے طول و عرض میں اور اس کی سطح پر منتشر ہوتی ہیں۔ بعض اوقات ایک انچ قطر تک کے بڑے زر و جنبی تو دے پائے جاتے ہیں اور یہ طحالی کلانی پیدا کر سکتے ہیں۔

مزمن کلانی کے دوسرے اسباب۔ ملیریا گاحت (rickets) پیدا اشی آشک، مرض باجک، اور احمر دمویت (erythraemia) میں معتدل درجہ کی کلانی دیکھی جاتی ہے۔ آتسکی صمغیہ (syphilitic gumma) شاذ ہوتا ہے، لیکن بیض دمویت میں بالخصوص گا وچر (Gaucher) کی قسم کی بیض دمویت میں رضیعی کاذب بیض دمویت عدم دمویت (infantile pseudo-leukæmia) anæmia میں کلاں طحالی کہبت (splenomegallic cirrhosis) میں کالان آزار میں اور مصری کلاں طحالی (Egyptian splenomegally) میں سب سے زیادہ بڑی جسامت ہو جاتی ہے، اور ان سب میں ممکن ہے کہ طحال شکم کے ایک بڑے حصے کو پر کرے۔ کیسیتی دویرہ اور نرف سے پیدا ہو جانے والے پراسنے دموی دویرے بھی کبھی کبھی کلاں طحالی پیدا کر دیتے ہیں۔ بالآخر بڑی طحالوں کا ایک مختلف الانواع گروہ ہے، جو عدم دمویت کے ہمراہ پایا جاتا ہے، جس میں سے بہتوں کو طحالی عدم دمویت (splenic anæmia) کا نام دیا گیا ہے۔ ان کی جماعت بندی حسب ذیل کی گئی ہے (30)۔

455

(۱) کلاں طحالی معہ گودھلیا جی نما نرفا اور گرھکی جلدیت

کے (splenomegally with peri-ellipsoidal hæmorrhages and

(nodular siderosis) - تراشیدہ سطح پر متحدہ بنے قاعدہ شکل کی گولیاں اور چون، مشمول رکھنے والی زردی مائل بھوری گرہیں ہوتی ہیں جو قطر میں ایک اسپین سے سرے سے لے کر کئی ملی میٹر تک کی ہوتی ہیں۔ نیز چھوٹے گول یا بیضوی نزفات ہوتے ہیں۔ گرہیں اور نزفات دونوں پلیسٹی نما اجسام کے گرد واقع ہوتے ہیں اور طحالی لب کے اندر ان منتشر بے قاعدہ نزفات سے بہ آسانی متفرق کئے جاسکتے ہیں جو کلاں طحالی کی تمام اقسام میں عام ہوتے ہیں۔ ممکن ہے کہ یہ گرہیں محض نزف کا آخری نتیجہ ہوں، لیکن اس سے بھی زیادہ اس کا امکان ہے کہ یہ سرایت (ایمپریٹ یا ایک سبھی شعریہ) کے باعث ہوں (31)۔ (۲) بے صفرا بولی یوران (acholuric jaundice) جو پہلے ایک جداگانہ مرض کی حیثیت سے بیان کیا گیا ہے۔ (۳) وہ کلاں طحالی جو کہ طحالی یا بابی وریڈوں کی علقیت کے ہمراہ پائی جاتی کلاں کا اولی سبب علقیت معلوم ہوتا ہے، جو ممکن ہے کہ وریڈ کی دیوار کے انحطاط یا اتھیروما کے باعث ہو۔ طحال لب کی بڑی بیش پرورش اور ساتھ ہی وسیع منتشر لیفیت ظاہر کرتی ہے۔ (۴) خالص طحالی بلیش پرورش (splenic hypertrophy) جس کے ساتھ لیفیت ہو یا نہ ہو، اور جس سے بوجہ زیادہ دھوا آٹلاف کے عدم دمویت پیدا ہو جاتی ہے۔ (۵) لیفی غلئی انحطاط ("fibro-adénie") جیسا کہ بینٹی (Banti) نے بیان کیا ہے۔ یہ ایک نہایت شاذ حالت ہے بشہ طیکہ یہ اس ملک میں ہوتی ہو۔ مرض بینٹی کی اصطلاح کا اطلاق طحالی عدم دمویت کی ان اصابتوں پر کیا جاتا ہے جن میں جگر کچھ عرصہ کے بعد کمب ہو جاتا ہے۔ (۶) طحال کی شبکی درحلی بلیش پرورش (reticulo-endothelial hypertrophy) وہ حالت ہے جس میں لب کے طول و عرض میں اور وریڈی جو فوں میں بڑے بڑے درحلی خلیے منتشر ہوتے ہیں۔ ان اصابتوں کے کچھ تناسب میں مزمن سرایت، فشل قلب اور مزمن بابی کہبت سبب مرض ہوتے ہیں۔ ذیابیطس کی اصابتوں میں ممکن ہے کہ خلیات میں لپائیڈ موجود ہوں۔ جب درحلی خلیے بہت صریح ہوں تو اس مرض کو عموماً مرض کاؤچر کہتے ہیں، اور بعض اصابتوں میں شبکی درحلی تکاثر اس قدر افراط کے ساتھ ہوتا ہے کہ

اس سے حقیقی سلی ٹکون کا گمان پیدا ہوتا ہے۔  
مندرجہ ذیل تین شاخہ امراض کو شبکی درحلی نظام کے امراض کے نام سے جماعت بند کیا جاتا ہے۔

گاوچر (Gaucher) کا مرض۔ طحالی تغیرات کے علاوہ جو کہ اوپر بیان کئے گئے ہیں، شبکی درحلی بیش پرورش کے مثالی خلیات، لب عظام، منفی کربوں اور جگر میں پائے جاتے ہیں، جو کہ نہایت ہی بڑھے ہوئے ہیں۔ مرض زمانہ شیرخواری میں یا بچپن میں غیر محسوس طور پر شروع ہوتا ہے اور نہایت ہی مزمن ممر اختیار کرتا ہے۔ نزف اور عدم دمویت اس سے کم نمایاں ہوتے ہیں کہ جتنے طحالی عدم دمویت میں کہ جس کے ساتھ زمانہ ماضی میں یہ جماعت بند کیا گیا ہے۔ اوپری غدے بڑھے ہوئے نہیں ہوتے۔ جلد ملکن بے بھوری ہو اور لمٹھٹا کی ایک ”عجیب زردی مائل فافہ نماد بازت پائی جاتی ہے“ جو کہ قرنیہ کے دونوں جانب دیکھائی دیتی ہے۔ ہڈیوں پر لمبی تغیرات کا اثر لاشعاعوں کے ذریعہ دیکھا گیا ہے۔ تشخیص کلانی طحال اور دوسری علامات پر منحصر ہوتی ہے۔ طحالی کچھ کا ممکن ہے خطرناک ہو۔ طحال برآری نہایت ہی یقینی علاج ہے، لیکن شرح اموات کی مقدار بلند ہے۔

نانی مین اور پیک (Niemann-Pick) کا مرض۔ شبکی درحلی نظام کے بڑے خلیات لپائڈ پر مشتمل ہوتے ہیں اور ”کف دار“ نظر آتے ہیں۔ یہ مرض تقریباً تمام تر نوعمر یہودی بچوں میں ہوتا ہے اور زیادہ تر عورت بچوں میں، اور وہ غذا دہی کے اختلالات سے شروع ہو کر جلد ہی خوار اور بین روشریت سے ہلاکت واقع کر دیتا ہے۔ طحال، جگر اور منفی گریں بڑھی ہوئی ہوتی ہیں، بھوری لونیت، عدم دمویت اور معتدل ابیض غلویت موجود ہوتی ہے۔

ہینڈ اور کرسچن (Hand-Christian) کا مرض۔ لبائڈ خلوی اجتماعات خاص طور پر چھٹی ہڈیوں میں واقع ہوتے ہیں، اور جب حجم میں موجود ہو تو ”جھوڑا لین“ جو کہ بنا اوقات یک جانی ہوتا ہے اور ذیابیطس پیدا کرتے ہیں، جو کہ ایک میٹز علامت ہے۔ یہ ابتدائے طفولیت میں واقع ہوتا ہے اور قزیمیت

نزفات اور کسور عام ہوتے ہیں۔

## امراض نظام لمفائیہ

نظام لمفائیہ جن امراض سے متاثر ہو سکتا ہے ان کی اکثریت عروق لمفائیہ کے اندر کوئی شے غریبہ مثلاً خرد عضویہ، سلی خلیات یا کوئی حبابہ ذرات اور بعض امراض کے زہر (جو ممکن ہے کہ بالآخر خرد عضوی نوعیت کے ثابت ہوں) داخل ہونے کا نتیجہ ہوتی ہے۔ اس سے یا تو حاد التهاب پیدا ہو جاتا ہے یا غدے میں اُسی نوعیت کا تغیر پیدا ہو جاتا ہے جو کہ شے غریبہ کے منبع میں ہوتا ہے۔ ان تغیرات کی مثالیں اس کتاب میں شروع سے آخر تک پھیلی ہوئی ہیں۔ التهاب لمفی عروقی میں لمفی عروق، عضوی زہروں کے نتیجہ کے طور پر ملہتب ہو جاتے ہیں۔ لمفی عروق کا قد و بالید کا نتیجہ ہوتا ہے یا حاد یا مزمن التهاب کی وجہ سے انداب ہو جاتے کا۔

458

## مرض ہاجکین

(Hodgkin's disease)

حبیث لمفی غدی سلعہ لمفی ذراتی سلحیت کاذب بیض دموت

(LYMPHADENOMA MALIGNA, LYMPHOGRANDIOMATOSIS,

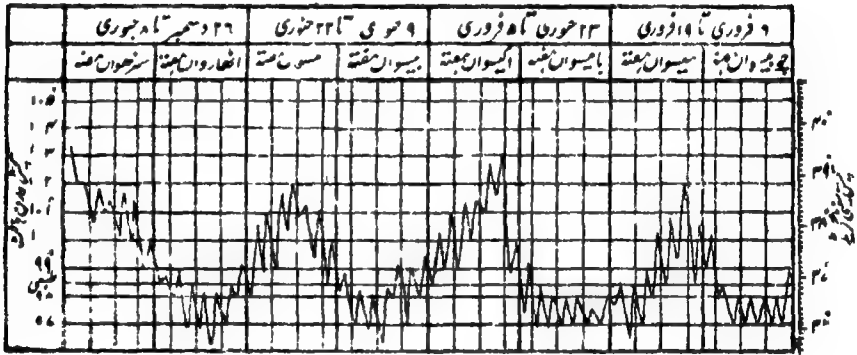
PSEUDO-LEUKÆMIA)

ولکس (Wilks) نے اس مرض کو ہاجکین کے نام سے موسوم کیا جس نے ۱۸۳۲ء میں غدو لمفائیہ کی کلانی کی اصابتوں کا ایک سلسلہ ابتداءً بیان کیا جس میں طحال کے اندر ایک مخصوص قسم کا جماؤ ہو جاتا ہے۔

بحث اسباب۔ مرض ہاجکین ہر عمر میں ہوتا ہے لیکن ساٹھ سال کے بعد شاذ ہے۔ نصف اصابتیں تیس اور چالیس سال کے درمیان اور ایکس تہائی اصابتیں شیرخواری سے لے کر میں سال کی عمروں تک ہوتی ہیں بعد ازاں

نسبت مردود چند مبتلا ہوتے ہیں۔ مرض ہاجکن کے لمفی غدی سلمیٰ غدود نہ سے ماؤف ہو جانے کا رجحان رکھتے ہیں۔ اور یہ دونوں حالتیں زمانہ گذشتہ میں اکثر خلط ملط کر دی گئی ہیں (82)۔

مرضی تشریح۔ ماؤف غدو لطفانیہ تراشنے پر ہلکے رمادی یا رمادی سفید ہوتے ہیں۔ خوردبینی امتحان پر ان کے تمثیلی خصائص یہ ہیں:- چھوٹے غصرتی خلیے معہ ایک دو یا زیادہ نواتوں کے، ایوسین پسند امیض خلیے اور لیفیت۔  
طحال عموماً معمول کی نسبت بڑھ جاتی ہے اور ممکن ہے کہ اس کا وزن میں اونس



شکل ۵۵۔ مرض ہاجکن میں مزین تپ ناکہ

تپک پہنچ جائے۔ وہ معتدل طور پر سخت ہوتی ہے اور تراشنے پر متعدد سفید یا زردی مائل رسولیاں ظاہر کرتی ہے، جن کا قطر  $\frac{1}{16}$  سے  $\frac{1}{8}$  انچ تک ہوتا ہے اور جو اس کے جرم کے طول و عرض میں منتشر ہو کر ایسا منظر پیدا کر دیتی ہیں جس کیلئے "سخت سنکلی ہوئی ٹکلیا" ("Hard-bake") کی موزوں تشبیہ استعمال کی گئی ہے۔ یہ رسولیاں مالینیجی جیات سے پیدا ہوتی ہیں۔ ایسی ہی رسولیاں جگر یا گردوں کے اندر، یا لوزتین میں، یا بلعوم معدہ اور آنت کی جراثیمات میں منتشر شدہ پائی جاتی ہیں۔ گرہیں پھیپھڑوں میں بھی موجود ہوتی ہیں، اور پلیور اور دوسری مصلیٰ اغشیہ کے نیچے بھی نرم گلابی مائل رمادی چپٹے تودے پائے گئے ہیں۔ برنج اور حبیبے پر بھی حملہ ہوا ہے۔ اور اکثر لب عظام بھی ماؤف ہو کر ایک سرخی مائل رمادی

نیم مسمومہ مادہ میں متغیر ہو جاتا ہے، یا زرد، یا دھوا، یا سفید گرہیں ظاہر کر لیتا ہے۔  
**امراض نباتات** - فالعلا نہ بالیدگی پائنے والے غدود کی تعلیقات کا اثر اب  
 دروں دماغی طور پر خیر گوشوں میں کیا جائے تو ناہم آہنگی اور اس کے ساتھ عضلی تھوڑی  
 اور شنجی چال پیدا ہوتی ہے اور یہ ایک قیمتی حیاتیاتی کاشفہ ہے، گو کہ مزمن غدود  
 اور ایسے غدود جن کا لاشعاعی علاج کیا گیا ہو منفی نتائج دیتے ہیں (46)۔ یہ امر نہایت  
 عجیب ہے کہ لب اور دیم کے حیاتیاتی خواص بھی یہی ہوتے ہیں۔ باجک کے غدود کی تعلیقات میں  
 ابتدائی اجسام مثلاً گاؤ پیچک کے پیشینی اجسام (Paschen bodies) دیکھے گئے ہیں  
 جو ایسا کرتے ہیں کہ یہ ایک قشبی مرض ہے۔

**علامات** - مرض کے خاص سریری خصائص لمفائی غدود کی کلانی اور عدم ذہن  
 ہیں۔ عموماً لمفائی کلانی پہلے واقع ہوتی ہے اور یہ تغیر بیشتر اصابتوں میں غشی غلظت  
 کے اندر شروع ہو کر ازاں بعد بغل اور جنگا سے کے غدود کو ماؤف کر دیتا ہے۔ یہ غدود  
 بے قاعدہ اور مختلف الجسامت گرہ کی تودے بنا دیتے ہیں جو کبوتر کے انڈے یا  
 مرغی کے انڈے کے برابر ہوتے ہیں اور بالعموم سخت عموماً غیر متاثر ہوتے ہیں، اور  
 ابتداءً جلد کے نیچے ایک دوسرے پر آزادانہ تحریک پذیر رہتے ہیں۔ بالآخر ممکن ہے  
 کہ وہ باہم منضم ہو جائیں، لیکن ان میں تقبض شاذ ہے۔ واسطی غدود متاثر ہو جاتے  
 ہیں جیسا کہ لاشعاعوں کے ذریعہ پتہ چلتا ہے، اور بعض اوقات واسطی سایہ کا چوڑا  
 ہو جانا مرض کی پہلی شہادت ہوتی ہے (صفحہ ۱۵ ج ۸ صفحہ 808)۔ ماساریقی اور  
 خلف الباریطون غدود بھی متاثر ہو جاتے ہیں۔ ان میں سے بہت سے خطوں میں  
 غدود کی بالیدگی ایسی ہو سکتی ہے کہ جس سے متصلہ اعضا پر خطرناک دباؤ پڑ سکتا  
 ہے۔ یہ اعضا یہ ہیں، گردن میں، حنجرہ، قصبۃ الریہ، اور مری، اور صدر میں، بڑی  
 وریدیں اور باز گرد اعصاب کبھی کبھی ہڈیاں ماؤف ہو جاتی ہیں، لیکن ان میں کسر  
 واقع ہونے کا وہ رجحان نہیں ہوتا جیسا کہ سرطانی حملہ کی حالت میں ہوتا ہے۔ ممکن  
 ہے کہ نخاع پر دباؤ پڑنے کی وجہ سے، یا بغیر کسی ظاہر سبب کے پارالیم (paraplegia)  
 واقع ہو جائے۔

بالعموم طحال کی کلانی صرف مستدل درجہ کی ہوتی ہے۔ وہ بائیں نالی حاشیہ

قدرے نیچے بروز کراتی ہے، یا شکم کے بائیں بالائی رُج میں واقع ہوتی ہے اور شاید اُس جسامت کو پہنچتی ہے جیسی کہ لہی خلوی بیض و موہیت میں دیکھی جاتی ہے۔  
 نائوی عدم موہیت، نسبتاً ماحل نمایاں علامت ہے۔ اور شدید اصابتوں میں  
 بوتلموں خلیات اور نوات وارسرخ خلیات دیکھے جاتے ہیں۔ ابیض نکلیات  
 تعداد میں زیادہ ہو جاتے ہیں، اور جب غد و معمول سے زیادہ نرم ہوں تو وہ فی کعب  
 ملی میٹر ۵۰۰ یا ۲۰۰۰ تک پہنچ جاتے ہیں۔ لیکن عام طور پر یہ زیادتی حین ہوتی ہے۔  
 یہ کثیر الاشکال خلیات کی زیادتی کے باعث ہوتی ہے، جو کہ عام طور پر فی کعب  
 ملی میٹر ۵۰۰ سے اوپر ہوتے ہیں (ملاحظہ ہو صفحہ ۷۹۵)۔ اور ایک قیمتی نکتہ تشخیص  
 ہے۔ لیکن بعض اوقات قلت خلیات ابیض پائی جاتی ہے۔ بعض اوقات جلدی  
 لونیت واقع ہو جاتی ہے، اور یہ کلاہ گردہ کے قشرہ کے فعل میں مداخلت کی وجہ سے  
 ہو سکتی ہے۔ کبھی کبھی شدید خارش (pruritis) مع حاک (prurigo) کے  
 جو کہ تشخیص کا ایما کرتا ہے، اور غلہ اور جلد کی لمفی غدای سلعی در ریزش واقع  
 ہو جاتی ہے۔

تب۔ جب عمیق غد و ماؤف ہوتے ہیں تو تب ناکس موجود ہو سکتی ہے  
 (ملاحظہ ہو شکل ۵۵) جو کہ دیگر ناکس تیوں سے اس امر میں مختلف ہوتی ہے  
 کہ اس مرض میں مدت علالت نسبتاً طویل ہوتی ہے، جو پچاسی فی صدی اصابتوں میں  
 پندرہ اور تیس دن کے درمیان اور ہر انفرادی اصابت کے لئے خاصی متقل موثر کرنی  
 ہے [(28) مرض پیل ایسٹن = (Pel-Ebstein's disease)]۔ تب کا سلسلہ ہونا  
 بھی ممکن ہے۔

جلد ہی کیفیت کمزوری دیکھنے میں آتی ہے، اور جوں جوں مرض ترقی کرتا  
 جاتا ہے عدم موہیت کے اثر زیادہ نمایاں ہوتے جاتے ہیں۔ ممکن ہے ہر موجود ہو نیز  
 کچھ عرصہ میں جوارح زیریں کا اذیا واقع ہو جاتا ہے، اور شاید اُس کے ساتھ ہی استقاء  
 شکمی، تادموری انصباب یا استقاء الصدر ہوتا ہے۔ اور جیسا کہ دوسرے شدید  
 دموی امراض میں ہوتا ہے، ممکن ہے کہ ناک یا مسوڑھوں سے یا جلد کے نیچے نزفات  
 واقع ہو جائیں۔ ممکن ہے کہ جماؤ تفرح پیدا کر کے جلد میں سے نکل آئیں۔ بالآخر



خستگی، اختصا ص، زنف، دماغی اختلال، قوما یا تشنجات سے، یا ذات الریہ، فاعجب  
یا اذیمائے شش سے موت واقع ہو جاتی ہے۔

تشخیص ممکن ہے کہ ہا جکن کے مرض غدو کے ابتدائی درجہ کو ذی کلانی غدو سے  
تمیز کرنا مشکل ہو جائے، بالخصوص اس وقت جب کہ بالیدگی غدو کے ایک ہی گروہ  
تک محدود ہو۔ لیکن ذی غدو باہم الجھے ہوئے ہوئے کار جکان رکھتے ہیں۔ اور مرض  
ہا جکن میں غدو عموماً علیحدہ علیحدہ ہوتے ہیں۔ درنہ عموماً غدو کے ایک ہی گروہ کو ماؤف  
کرتا ہے۔ اور مرض ہا جکن میں تغیرات بالآخر وسیع ہوتے ہیں۔ نوایہ (neoplasm)  
اور غدی بخار (glandular fever) میں جو غدی کلانی واقع ہوتی ہے، اس کو متفرق  
کرنے کی ضرورت ہے۔ آخر الذکر میں یک نواتی خلویت ہوتی ہے، اور ہا جکن کے  
مرض میں جیسا کہ پہلے بیان کیا گیا ہے کثیر الاشکال نواتی ابیض خلویت ہوتی ہے۔  
سینہ کا لاشعاعی امتحان اور گارڈن کا جیاتیاتی کا شفعہ بھی بیان کئے جا چکے ہیں۔  
متذکرہ بالاقسم کی پیش ناکسہ مرض ہا جکن کی تائید میں ایک قوی دلیل ہے۔

علاج۔ بعض اصابتوں میں سنگمیا بہت مفید ثابت ہوئی ہے۔ اسے  
بڑھتی ہوئی مقداروں میں دینا چاہئے، یہاں تک کہ لائیکر آر سینی کیلیس (liquor  
arsenicalis) کے ۵ قطرے روزانہ تین بار لئے جائیں۔ آر سینیو بینزال  
(arsenobenzol) اور نوو آر سینیو بینزال (novarsenobenzol) بھی شفعہ  
بخش ہیں۔ عینی لاشعاعی علاج کے ذریعہ سے عمدہ نتائج حاصل ہوئے ہیں۔ فوری  
نتائج اچھے ہوتے ہیں، اور سب سے پہلے جماؤ غائب ہو جاتے ہیں۔ اگر مرض  
پہلے چند مہینے زندہ رہتے تھے تو اب وہ چند سال تک زندہ رہتے ہیں۔ گارڈن  
کے قشب کے ذریعہ جدیدی علاج ابھی تک تجرباتی درجہ میں ہے۔

# حوالہ جات

## REFERENCES

- 1 O. S. Gibbs 1924 *Quart. Journ. Med.*, 17, p. 312.
- 2 R. V. Christie, G. Lovell Gulland and others 1927 *Q. J. M.*, 20, pp. 471-510.
- 3 J. M. H. Campbell 1922 *Brit. Journ. Exp. Path.*, 3, p. 217.
- 4 C. Price-Jones 1922 *Journ. Path. and Bact.*, 25, p. 487.
- 5 C. C. Ungley and G. V. James 1934 *Quart. Journ. Med.*, 3, p. 523
- 6 A. Goodall 1932 *Lancet*, ii, p. 781.
- 7 E. Starkenstein 1928 *Klin. Woch.*, 7, pp. 217, 267.
- 8 E. Bulmer 1933 *Lancet*, i, p. 1119.
- 9 N. H. Fairley and H. H. Scott 1933 *Lancet*, i, p. 75.
- 10 S. J. Hartfall 1934 *Lancet*, i, p. 620.
- 11 F. W. Madison and T. L. Squier 1934 *Quoted Brit. Med. Journ.*, ii, p. 29.
- 12 A. C. Hampson 1929 *Personal Communications*.
- 13 K. Faber 1927 *Lancet*, ii, p. 901.
- 14 L. J. Witts (Goulstonian Lectures) 1932 *Lancet*, i, p. 495, 549, 653.
- 15 L. G. Parsons 1933 *Brit. Med. Journ.*, ii, p. 631.
- 16 A. C. Hampson and E. C. Warner 1930 *Arch. Dis. in Childhood*, 5, p. 299.
- 17 J. F. Wilkinson and W. Brockbank 1930-31 *Quart. Journ. Med.*, 24, p. 219.
- 18 R. D. passery 1924 *Guy's Hosp. Rep.*, 74, p. 329.
- 19 A. F. Hurst 1924 *Brit. Med. Journ*, i, p. 93.
- 20 Review on Diseases of Blood 1923 *Med. Sci.*, 8, p. 476.
- 21 S. C. Dyke 1924 *Lancet*, i, p. 1048.

- 22 S. P. Bedson 1929 Personal Communication.
- 23 R. L. Waterfield .. 1928 *Guy's Hosp. Rep.*, 78, p. 265.
- 24 Mildred Warde .. 1923 *Brit. Med. Journ.*, ii., p. 599.
- 25 J. Barcroft .. 1925 *Lancet*, i., p. 319.
- 26 Review on Blood Circulation, etc. . 1922 *Med. Sci.*, 5, p. 496.
- 27 G. A. Sutherland and B. Williamson 1925 *Lancet*, i., p. 323.
- 28 A. J. Hall and J. S. C. Douglas 1922 *Quart. Journ. Med.*, 16, p. 22.
- 29 H. C. Gram (quoted from) . 1921 *Med. Sci.*, 3, p. 369.
- 30 J. W. M. Mcnec 1929 *Glasgow Med. Journ.*, 111, p. 65.
- 31 J. Fawcett and A. G. Gibson 1928 *Lancet*, i., p. 1171.
- 32 H. D. Rolleston 1925 *Lancet*, ii., p. 1209.
- 33 L. J. Witts . 1930 *Guy's Hosp. Rep.*, 80, p. 253.
- 34 R. S. Harrison . 1931 *Guy's Hosp. Rep.*, 81, p. 215.
- 35 F. L. Knott and W. L. Watt 1930 *Brit. Med. Journ.*, ii., p. 991.
- 36 J. Bamforth and J. L. Edwards 1933 *Lancet*, i., p. 857.
- 37 M. Maizels and C. B. Arthur 1929-30 *Quart. Journ. Med.*, 23, p. 171.
- 38 F. Parkes Weber .. 1933 *Lancet*, i., p. 800.
- 39 H. L. Tidy 1930 *Brit. Med. Journ.*, ii., p. 1073.
- 40 W. Cramer .. 1929 *Lancet*, ii., p. 1332.
- 41 W. W. Payne and R. E. Steen 1929 *Brit. Med. Journ.*, ii., p. 1150.
- 42 J. W. Pickering 1929 *Lancet*, ii., p. 1239.
- 43 A. Szent-Gyorgi 1934 Personal Communication.
- 44 I. Venables 1934 *Lancet*, i., p. 108.
- 45 I. R. Marrack (Modified) . 1929 *Lancet*, ii., p. 512.
- 46 M. H. Gordon . 1934 *Proc. Roy. Soc. Med.*, 27, p. 1035.
- 47 A. McCance . 1936 Goulstonian Lectures.

# تھول اور اندرونی افراز کے امراض

## اساسی تھول

(THE BASAL METABOLISM)

(basal metabolic rate = اساسی تھولی شرح)

یہ طریقہ بالخصوص مشتبہ درقی مرض اور فریج میں بیش درقیت اور ناقص درقیت کی تشخیص کے لئے نیز ایک اصابت کی رفتار اور علاج کا اثر ظاہر کرنے کیلئے استعمال کیا جاتا ہے۔ اساسی تھول سے وہ حرارت مراد ہے جس کو ایک فرد وقت کی ایک اکائی میں معیاری حالات کے تحت خارج کرتا ہے، یعنی اس وقت جبکہ وہ آخری کھانے کے کم از کم بارہ گھنٹے بعد پیٹ کے بل چپ چاپ لیٹا رہے اور کوئی عقلی حرکت نہ کرے۔ زمانہ حال تک یہ قدر اخذ کردہ آکسیجن اور خارج کردہ  $(CO_2)$  کی مقدار پر سے بالواسطہ متعین کی گئی ہے۔ زنتز (Zuntz) اور شمبرگ (Schumburg) کے مندرجہ ذیل اعداد استعمال کئے گئے ہیں اور یہ فرض کیا گیا ہے کہ غذا میں پروٹین معمولی مقدار میں موجود تھی (10) :-

تھولی حاصلات تقسیم	حرارت فی لیٹر آکسیجن
(respiratory quotients)	(calories per 1 litre. of oxygen)
۰.۷۷	۴۶۶
۰.۷۵	۴۶۱
۰.۸۰	۴۶۶
۰.۸۵	۴۸۳
۰.۹۰	۴۸۹

تھولی حاصل تقسیم وہ نسبت ہے جو خارج کردہ  $(CO_2)$  کے حجم اور اخذ کردہ

آکسیجن کے حجم کے درمیان ہوتی ہے۔ ان اعداد پر سے اُس فرد کی حرارت کی فی گھنٹہ یا فی چوبیس گھنٹہ برآمد کا حساب لگایا جاتا ہے اور اس کا اُسی جامرت کے طبعی اشخاص کی اوسط پیدائش حرارت کے ساتھ مقابلہ کیا جاتا ہے یہ فرض کرتے ہوئے کہ اسی عمر اور صنف کے تندرست اشخاص میں حرارت کی برآمد جسمانی سطح سے متناسب ہوتی ہے۔ چنانچہ قد کو سنٹی میٹروں میں اور وزن کو کلو گراموں میں ناپنے کے بعد شکل ۵۶ سے سطحی رقبہ مربع میٹروں میں حاصل کیا جاسکتا ہے۔

جدول ۱۔ طبعی تحول کے معیار

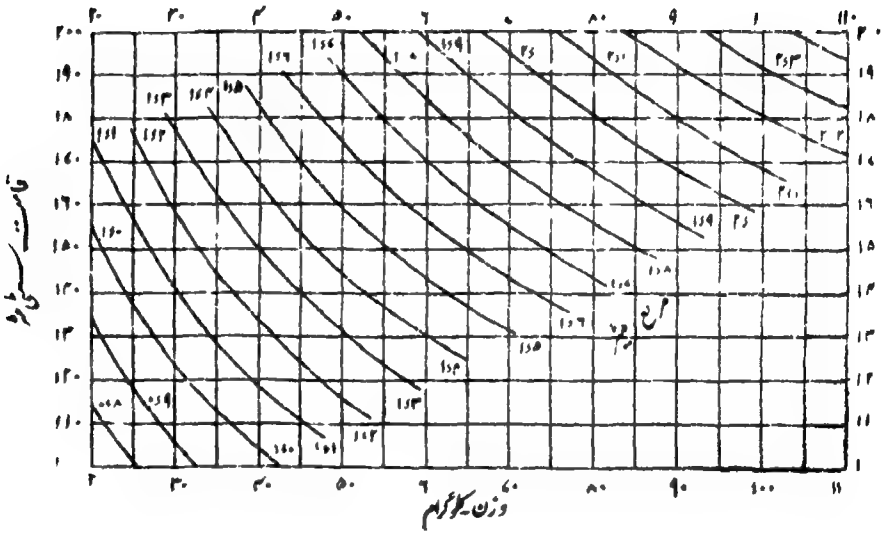
جسمانی سطح کے ہر مربع میٹر کے پیچھے فی گھنٹہ اوسط حرارے (Du Bois) (۴)

عمر سال	مرد حرارے	عورت حرارے
۱۲ تا ۱۶	۴۶.۵	۴۳.۵
۱۶ و ۱۸	۴۳.۵	۴۰.۵
۱۸ و ۲۰	۴۱.۵	۳۸.۵
۲۰ و ۲۵	۳۹.۵	۳۶.۵
۲۵ و ۳۰	۳۹.۵	۳۶.۵
۳۰ و ۴۰	۳۸.۵	۳۶.۵
۴۰ و ۵۰	۳۶.۵	۳۵.۵
۵۰ و ۶۰	۳۶.۵	۳۴.۵
۶۰ و ۷۰	۳۵.۵	۳۳.۵

نیز جدول ۲ سے مختلف عمروں کے طبعی مردوں اور عورتوں کی جسمانی سطح کے ہر مربع میٹر کے پیچھے فی گھنٹہ حراری برآمد معلوم ہوتی ہے۔ اگر دریافت شدہ قدر حساب لگائی ہوئی قدر سے ۱۰ فی صدی سے زائد اختلاف نہ رکھے تو تحول کو طبعی سمجھنا چاہئے۔

سابقہ آدمی میں حرارت کی پیدائش کے حالیہ مطالعہ سے یہ پایا گیا ہے کہ زائید اور شہر کے اعداد جس نظریہ پر مبنی ہیں (یعنی یہ کہ تنفسی حاصل تقسیم کاربوہائیڈریٹ اور شحم کی وہ نسبت ظاہر کرتا ہے جو کہ جسم میں حل رہی ہے) وہ

تجربہ و ابحاث کے ساتھ مطابقت نہیں کرتا۔ بلکہ یہ فرض کرنا پڑتا ہے کہ اساسی حالات کے تحت کاربوڈائیٹ اور شحم ہمیشہ تقریباً ۱ اور ۱/۲ کی مستقل نسبت میں ملتے ہیں اور یہ کہ بلند حاصلات تقسیم پر کاربوڈائیٹ شحم میں ہمزمان طور پر تبدیل ہوتا رہتا ہے اور نسبت حاصلات تقسیم پر اس کے مخالف تبدیلی ہوتی رہتی ہے۔ اس سے



شکل ۵۔ اس خاکہ سے جسم کی سطح کی تعیین مربع میٹروں میں کی جاسکتی ہے اس

وقت جب کہ مقدار وزن معلوم ہوں (Du Bois)۔

یہ نتیجہ نکلتا ہے کہ کاربن ڈائی آکسائیڈ بذات خود اساسی تحول کا ناپ ہے اور آکسیجن جزوی طور پر احتراق سے متعلق ہے اور جزوی طور پر تبدیلی سے۔ کاربن ڈائی آکسائیڈ کو ناپنے کا آسان ترین طریقہ یہ ہے کہ مریض ایک بڑے مقیاس کی وساطت سے (جس کا ایک چکر ہالیتروناپتیا ہو) بیرونی ہوا میں مسلسل سانس لے تاکہ ریوی تروسیج حاصل کی جائے۔ اور دونوں کے ساتھ مخلوط زفیری ہوا کے نمونے لئے جاتے ہیں تاکہ  $CO_2$  کی مقدار فی صدی معلوم کی جائے جس سے کاربن ڈائی آکسائیڈ کی فی منٹ

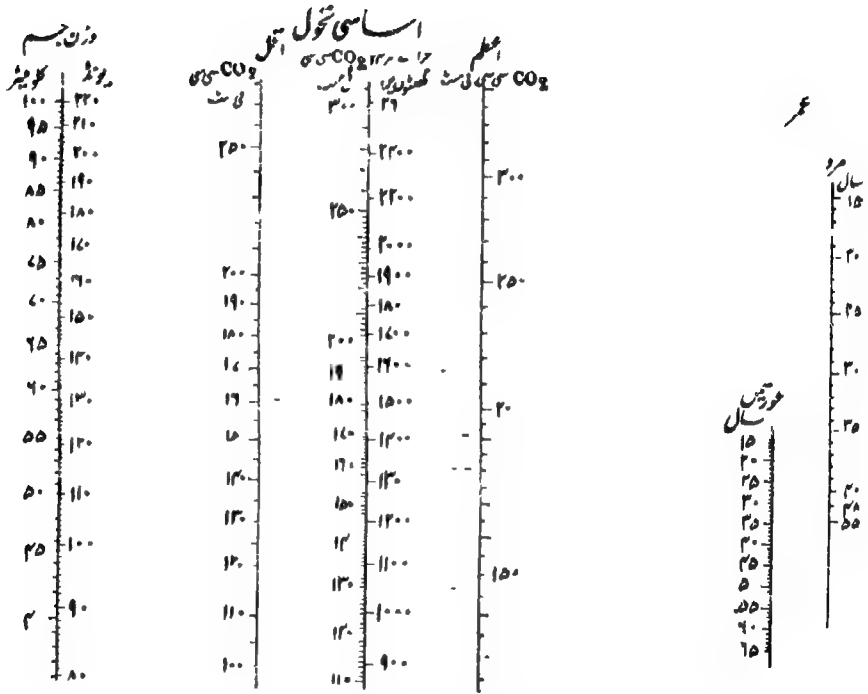
برآمد کا حساب لگایا جاتا ہے۔ اس کا مقابلہ اس  $CO_2$  سے کیا جاتا ہے جو کہ صفحہ ۲ کی قانون نگارش (nomogram) کو استعمال کرتے ہوئے وزن، عمر اور صنف سے دریافت کی جاتی ہے ایک مستقیم کنارہ دئے ہوئے وزن سے لے کر دی ہوئی عمر تک خاکے کے وار پار رکھ دیا جاتا ہے، اور وہ اوسط اساسی  $CO_2$  خط کو مطلوبہ عدد پر کاٹتا ہے، اور اس سے ہر چوبیس گھنٹے کے لئے اساسی حرارت بھی معلوم ہو جاتے ہیں جب کہ غذا تجویز کرنی مقصود ہو،  $CO_2$  کی طبعی حدود، اس نقطہ سے بائیں طرف اور دائیں طرف اٹھتی طور پر جا کر حاصل ہوتی ہیں۔ تحول قدر سے کچھ نسبت نہیں رکھتا (1) فاقہ کے دوران میں یا اس وقت جب کہ غذائی رسد کم ہو جانے سے قلت تغذیہ ہو، اساسی تحول میں کمی پیدا ہو جاتی ہے۔

## ذیابیطس شکرى

(DIABETES MELLITUS)

ذیابیطس شکرى وہ مرض ہے جس کا تمیز خاصہ یہ ہے کہ پیشاب میں شکر (گلو کو زیادہ کیسہ وزن) مسلسل خارج ہوتی رہتی ہے۔ اس مرض کا سبب جذباتی، لنگر بانس کا ناقص فعل ہے جس کا موزوں علاج یہ ہے کہ انسولین کا باقاعدہ استعمال کیا جائے۔ شکر کے اخراج یعنی شکر بولیت (glycosuria) کے ساتھ اکثر پیشاب بھی بڑی مقداروں میں آتا ہے (کثرت بول) اور یہی علامت جو ایک نمایاں علامت ہے، ذیابیطس کی وجہ تسمیہ ہے (ذیابیطس ایک یونانی لفظ ہے جس کے معنی ”بیچ میں سے گزر جانا“ ہے) کثرت بول بلا شکر بولیت بھی بہت سی حالتوں میں پیدا ہو جاتی ہے، جن میں سے ایک خاص شکل جس کو طبع ذیابیطس (diabetes insipidus) کہتے ہیں، آئندہ بیان کی جائے گی۔

بحث اسباب - ذیابیطس شکرى کی بہت سی اصابتوں میں کسی تبیی عامل کا پتہ نہیں چلتا۔ لیکن بعض متعین عاملات ایسے ہیں جو مرض کے



قانون بخارات اساسی تحول دریافت کر کے لے۔

اچھے ہمارے۔ ہمارے ایک ہمارے دوسری ہمارے کیا کیا ہے (54)۔  
(بالقاعل صفحہ 480)



تہ کے لئے سازگار ہوتے ہیں۔ ذیابیطس یہودیوں میں بہت پھیلا ہوا ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ وہ موروثی ہو یا اسی خاندان کے بھائیوں اور بہنوں میں ہو۔ موذنی ذیابیطس نہایت خفیف ہو سکتا ہے، لیکن اکثر وہ متوالی فعلوں میں زیادہ خطرناک ہو جانے اور نسبتاً ابتدائی عمر میں شروع ہونے کا رجحان رکھتا ہے۔ ذیابیطس کا حملہ اکثر موٹے اشخاص میں ہوتا ہے جو کھاتے زیادہ اور ورزش کم کرتے ہیں۔ اس واسطے یہ مرض بالخصوص متمول اشخاص کا ہے۔ اس حقیقت کی توجیہ اس طرح کی جاسکتی ہے کہ بسیار خوری تحول کی زیادتی پیدا کرتی ہے جس سے لبلبہ اور دوسرے اعضا پر زیادہ بار پڑ جاتا ہے۔ ذیابیطس اور نقرس کے ایک ساتھ پائے جانے کی توجیہ بھی غالباً اسی واقعہ سے ہوتی ہے کہ یہ ہر دو امراض بسیار خور اشخاص میں ہوا کرتے ہیں۔ چنانچہ وسطیورپ کی سلطنتوں میں جنگی غذا نے اس مرض پر گہرا اثر کیا اور موٹے عمر رسیدہ اشخاص کی شکر بولیت جاتی رہی۔ محاصرہ پیرس میں بوکارڈاٹ (Bouchardat) نے بھی اس حقیقت کا مشاہدہ کیا۔ غالباً گوشت کے راتب کی تخفیف سب سے زیادہ اہم عامل تھا۔ ایک نہایت عام خیال یہ ہے کہ ذیابیطس ہونے کا امکان ان لوگوں میں زیادہ ہوتا ہے جو شکر اور مٹھائیاں کھاتے ہیں، لیکن اعداد و شمار اس کا ثبوت ہم نہیں پہنچاتے۔ ہندوستان میں خفیف شکل کے ذیابیطس کا پھیلا ہوا ہونا غالباً فریبھی کے ساتھ وابستہ ہے، جس کا جزوی سبب کاربوہائیڈریٹ پر مشتمل غذا کی کثرت اور ورزش کی قلت یا عدم موجودگی ہے۔ ممکن ہے کہ دوڑ دھوپ کی زندگی، اعصاب پر بار اور جذباتی صدمہ اس مرض کے حملہ میں نمایاں حصہ لیتے ہوں۔ یہ امر کیانن (Cannon) کے مشاہدات کے باعث خاص طور پر دلچسپ ہے اور وہ یہ ہیں کہ حیوانات میں جذبات نے سرگردوں کی تحریک پیدا کر کے بیش شکر دمویت پیدا کر دی، نیز یہ کہ ان طلبہ کو جو امتحانات میں شریک ہوئے یا جو کسی اہم جسمانی آزمائش میں مثلاً اپنے فالج کے طرف سے کھیل میں شریک ہونے والے تھے، اکثر شکر بولیت کی شکایت کی۔ گراہم (Graham) نے خود اپنی حالت میں دیکھا کہ اگر اگرم ڈیکسٹروز

لینے کے تیس منٹ بعد موی شکر بڑھ کر ۱۰۰ فی صدی ہو گئی، لیکن جب کچھ عرصہ سخت محنت کا کام کرایا گیا جب کہ تعطیل کی ضرورت تھی اور اس کے بعد یہی امنیاتی عمل میں لایا گیا تو موی شکر کی مقدار ۱۸۵ء۔ پائی گئی اور نصف گھنٹہ تک اتنی ہی رہی۔ جھوٹی کانسر (exophthalmic goitre) کے بعد بھی حقیقی ذیابیطس ہو گئی ہے۔ عارضات بھی ایک سبب مبعوث ہے، خواہ یہ سرایت عمومی ہو یا بالخصوص لبلبہ کے قرب وجوار میں محدود المقام رہ کر التهاب لبلبہ پیدا کر دے۔ شکر کی کم برداشت اور شکر بولیت اُن عَضَن حالتوں میں بھی پائی جاتی ہے، جن کو بعض اوقات گندیدہ خون کی شکر بولیت (sapræmic glycosuria) کہتے ہیں اور تذکرہ کے قابل ہے عَضَن حالت دفع ہو جانے پر یہ شکر بولیت بھی جاتی رہتی ہے۔ آتشک بھی ایک ممکن سبب ہے۔ زندگی کے آخری عاشوروں میں ایک ہلکے قسم کی ذیابیطس کا ہونا عام ہے۔ شاید آتھیر و مایا شیخوخی شریانی تغیرات یا منتشریش تکونی صلابت (hyperplastic sclerosis) جزائر لنگر بانس میں کوئی نقص پیدا کر دیتے ہیں، اور یہ خفیف درجہ کے اس نقص سے مشابہ ہوتا ہے جو کہ صلابت الشریانی (arterio-sclerotic kidney) کی حالت میں گردے کی اخراجی قوت میں واقع ہو جاتا ہے۔ ذیابیطس گنگرین میں ممکن ہے کہ ذیابیطس اور گنگرین ہر دو کا ایک اولی عروقی سبب ہو۔ لیکن اس میں کوئی شبہ نہیں کہ گنگرین شکر بولیت کو بڑھا دیتی ہے، جو علیہ کے بعد اکثر ذائل ہو جاتی ہے۔ لیکن اس کا عکس بھی درست ہے، کیونکہ ممکن ہے کہ انسولین سے گنگرین رفع ہو جائے۔ ضرب کے بعد بھی ذیابیطس ہو جاتا ہے، نہ صرف اُس ضرب سے جو لبلبہ کے مقام پر ہو، بلکہ اُس سے بھی جو دور دراز مقامات پر ہو، مثلاً ایک کسور جارحہ (fractured limb) سے۔ سر کے تضرات بھی شکر بولیت پیدا کر سکتے ہیں۔ یہ غالباً کلاؤز بناؤ کے ”خسری ذیابیطس“ (puncture diabetes) سے متماثل ہوتے ہیں (آگے ملاحظہ ہو)۔

کاربوہائیڈریٹ کے تحول کی فعلیات۔ جسم کے کاربوہائیڈریٹ محفوظات گلائیکو جن کی شکل میں ذخیرہ ہوتے ہیں، جو جگر اور عضلات میں



اور زیادہ پیچیدہ مرکبات تیار ہوتے ہیں جن میں سے ایک عضلات کی گلاکوجن ہے۔

انسولین جو جزائر لنگرہانس کا افراز کردہ ہارمون ہے ان اعمال میں حقیقی طور پر حصہ لیتی ہے، اگرچہ اس کا فعل پیچیدہ ہوتا ہے۔ اس پر دو نقطہ ہائے نظر سے بہتر ذہن طور پر غور کیا جاسکتا ہے: (۱) محیط میں انسولین جوئے خون سے ڈیکسٹروس کو غائب کر دیتی ہے، کیونکہ اگر یہ ذیابیطس کے کسی مریض کو دے دی جائے تو اس کے بازو کے وریدی خون میں شکر کی فی صدی مقدار اس سے کم ہوتی ہے کہ جتنی شہ یانی خون میں دواں حالیکہ انسولین دینے سے پہلے دونوں قدریں تقریباً مساوی ہوتی ہیں (۵)۔ غائب ہو جانے والی شکر کا کچھ حصہ تو کالبدی اور قلبی عضلات کے ذریعہ متاخذ ہو جاتا ہے، اور کچھ حصہ عضلات کے اندر گلاکوجن بن جاتا ہے (۶) اور غالباً شحم میں تبدیل ہو جاتا ہے۔ (۲) اس کی مرکزی یا حیثانی تاثیر جگر پر دو طریقوں سے ظاہر ہوتی ہے: (الف) حاد ذیابیطس میں شحم الدم ہو کر جگر میں چربی کی زیادتی ہو جاتی ہے، غالباً اس لئے کہ کاربوہائیڈریٹ نہ ملنے کی وجہ سے چربی گوداموں میں سے منتقل کر کے جگر میں جمع کر لی جاتی ہے تاکہ وہ کام میں لائی جائے (۷)۔ یہاں وہ غالباً کاربوہائیڈریٹ میں تبدیل کر لی جاتی ہے جس سے اس پست تنفسی حاصل تقسیم کی توجہ ہوتی ہے جو شدید اصابتوں میں پایا جاتا ہے، اور اس تبدیلی میں ایسیٹو ایکسٹک (aceto-acetic) اور بنیاد کسی یوٹامرک ایسڈ ( $\beta$ -oxybutyric acid) پیدا ہو جاتے ہیں (کیتونیت) (۸)۔ انسولین اس عمل کو روک دیتی ہے، کیتونیت اور شحم الدم نابود ہو جاتے ہیں، اور جگر سے چربی غائب ہو جاتی ہے، اور تنفسی حاصل تقسیم بلند ہو جاتا ہے۔ (ب) ذیابیطس جگر میں معمول کے نسبت کم گلاکوجن موجود ہوتی ہے، کیونکہ یہ جگر سے خارج ہو کر خون میں چلی جاتی اور میش شکر و مویت پیدا کر دیتی ہے جو کہ خوب متعارف ہے۔ شدید ذیابیطس میں خون کے اندر ۴ و ۵ یا ۶ و ۷ فی صدی ڈیکسٹروس کا ارتکاز ملنا شاذ نہیں ہے۔ انسولین جگر کے اندر گلاکوجن کا اعتبار اس پیدا کر دیتی ہے، چنانچہ کبدی شحم کی کمی کے ساتھ ساتھ

گلاکوجن زیادہ ہوتی جاتی ہے۔ یہ نتیجہ ممکن ہے کہ اس وجہ سے حاصل ہوتا ہو کہ انسولین کے نشاپاش خمیر کے فعل کو روکتی ہے جو اس کی عدم موجودگی میں حد سے زیادہ ہو جاتا ہے۔ چنانچہ دسوی شکر کا یکا کم ہو جاتا جو انسولین کا نہایت نمایاں سریری اثر ہے، جزاً (غالباً محض خفیف طور پر) نمکد کے باعث ہوتا ہے اور جسزہ عضلات میں اس کے ذخیرہ ہونے کے سبب سے اور اس واقعہ کے سبب سے کہ بکری سے شکر کی وافر مدد موقوف ہو جاتی ہے۔ اس کے ساتھ ہی یہ ہے کہ اگر کوئی کاربوہائیڈریٹ غذا کے طور پر لیا جاتا ہے تو وہ کچھ تو بکری میں گلاکوجن کی صورت میں ذخیرہ ہو جاتا اور غالباً کچھ چربی میں تبدیل ہو جاتا ہے۔ آخر الذکر بیان کی دلیل یہ ہے کہ متعدد مشاہدین نے تغذی حاصل تقسیم کا ایک ارتقاع استراق کی کسی نمایاں زیادتی کے بغیر پایا ہے، جو کہ ضرور واقع ہوتی اگر لی ہوئی شکر میں سے بیشتر جل جاتی۔ مندرجہ ذیل مشاہدہ ظاہر کرتا ہے کہ انسولین کی وسالت سے شکر کا ذخیرہ ہونا ممکن ہے کہ محض ایک عارضی امر ہو۔ ایک مریض کو انسولین کے ۱۰۰ اکائیوں کی ایک منفرد بڑی مقدار غلطی سے دے دی گئی، اور اس کا اثر زائل کرنے کیلئے اُسے فی الفور براہ دہن کاربوہائیڈریٹ کے ۱۱۰ گرام، ڈیکسٹروس اور روئی کی شکل میں دئے گئے۔ یہ دور ورتک بافتوں کے اندر محبوس رہے اور پھر انسولین کا اثر زائل ہو جانے کے بعد بڑی حد تک پیشاب میں خارج ہو گئے (9)۔

لبلی قلت کا ابتدائی درجہ (ملاحظہ ہو صفحہ 409)، جس میں ڈیکسٹریس اور نشاپاش خمیر بکری سے خون میں داخل ہو جاتے ہیں دوسری جگہ مذکور ہے۔ تین دوسرے یقیناتی غذائیں سرگردے، درقیہ اور سخامیہ جزائر لنکر بانس سے مخالف سمت میں عمل کرتے ہیں، کیونکہ اُن کو تحریک پہنچانے سے خون میں کی شکر زیادہ ہو جاتی ہے۔ سرگردے دوران خون کے اندر ایڈرینین (adrenin) داخل کرتے ہیں اور یہ بکری میں پہنچ کر گلاکوجن کو توڑ کر اس سے ڈیکسٹروس بنادیتی ہے۔ معلوم ہوتا ہے کہ اس عمل کے وقوع کے لئے ضعیفہ کبدی کا صحیح و سالم رہنا ضروری ہے۔ درقیہ غالباً سرگردوں کو تحریک پہنچا کر اپنا فعل کرتا ہے۔ گلاڈبرنارڈ کا داغی بطین چہارم کا انتقاب حشائی اعصاب کے ذریعہ سرگردوں کو تحریک پہنچا کر

بیش شکر و مویت پیدا کر دیتا ہے۔

**ذیابیطس شکر کی امراضیات** - ۲۰۰ سال سے زائد عرصہ سے

ذیابیطس شکر لبلبہ کے مرض کے ساتھ وابستہ سمجھا جاتا ہے، جس کی وجہ یہ ہے کہ اس کی بعض اصابتوں میں لبلبہ صریحاً مرضی تھا۔ ۱۹۰۹ء میں وائن میرنگس (Von Mering) اور مینکواںسکی (Minkowski) نے ایک جانور کے لبلبہ کا امتیصال کر کے اس مرض کو تجربتہ پیدا کر دیا۔ حال ہی میں آلین (Allen) نے بتلادیا ہے کہ اگر ایک کتے کے لبلبہ کے پچھلے حصے نکال دئے جائیں تو خفیف ذیابیطس پیدا ہو جاتا ہے، اور اگر پچھلے حصے نکال دیئے جائیں تو یہ ذیابیطس شدید درجہ کا ہوتا ہے اور مزید برآں یہ بھی بتلادیا ہے کہ وہ بافت جو اہم ہے جزیری ہوتی ہے نہ کہ غنیمی تجربی مرض کے سریری خصوصیات انسانی ذیابیطس شکر سے قریبی مشابہت رکھتے ہیں اور شدید اصابتوں میں کیتون بولیت موجود ہوتی ہے اس وقت جب کہ غذا میں چربی زیادہ ہو۔ حال ہی میں ایک حالت ذیابیطس کے برعکس بیان کی گئی ہے، جس میں جزیری خلیات کی ایک خود رویش بالیدگی ہو کر اس سے قلیل شکر و مویت کے علامات بار بار پیدا ہوئے۔ جزئی لبلبہ برآری کے بعد اس حالت میں اصلاح ہو گئی۔

تجربی ذیابیطس میں باقی ماندہ جزائر کے اندر نیجیاتی تغیرات بالکل مخصوص و ممیز ہوتے ہیں۔ خلیات میں استسقا ہو جاتا ہے (Weichselbaum) اور اب انہیں ان کے ممیز ذرات موجود نہیں ہوتے (Bansley)۔ وہ خستہ اور در ماندہ نظر آتے ہیں، کیونکہ جزیری بافت کی قلت کی وجہ سے انھیں کام حد سے زائد کرنا پڑا ہے۔ انسانی اصابتوں میں لبلبہ امتحان بعد المات میں اکثر طبعی نظر آتا ہے اور کوئی صریح نیجیاتی تغیرات نہیں ہوتے۔ وقت یہ ہے کہ لبلبہ موت کے بعد بہ سرعت تحلیل ہو کر خراب ہو جاتا ہے، مزید برآں یہ کہ اگر اصابت زیادہ مدت کی ہو تو جزائر کے وہ نیجیاتی تغیرات جو حاد اصابتوں میں دیکھے جاتے ہیں غائب ہو جانے کا رجحان رکھتے ہیں، کیونکہ خلیات بتدریج مردہ ہوتے جاتے ہیں۔ تاہم آلین بیان کرتا ہے کہ جب وہ کافی احتیاط سے کام لیتا ہے تو خورد بینی امتحان سے ہمیشہ ذیابیطس اور غیر ذیابیطس

لبلبہ میں فرق کر سکتا ہے، بشرطیکہ بافت تازہ ہو۔ اس سے یہی نتیجہ حاصل ہوتا ہے کہ ذیابیطس اور جزائر لنگر بانس کے درمیان ایک واضح تعلق ہے۔

امراضیات ذیابیطس کے متعلق اس خیال کی ایک حیرتناک تصدیق ۱۹۲۲ء میں ایف۔ جی بینٹنگ (F. G. Banting) اور ان کے رفیق کارسٹی۔ ایچ بیسٹ (C. H. Best) کی عہد آفریں تحقیق سے ہو گئی۔ پہلے پہل گتے کے لبلبہ سے قنات کو باندھنے کے چند ہفتے بعد انسولین کی تفریق کی گئی۔ اس کارروائی سے غیبی غلیات میں انحطاط پیدا ہو گیا لیکن جزیری غلیات صحیح و سالم رہے۔ بالآخر سلخ سے حاصل کردہ معمولی لبلبہ سے اکٹھل کے ساتھ کسری ترسیب کے ذریعہ انسولین تیار کرنے کا ایک طریقہ عمل میں لایا گیا اور یہی طریقہ بعض ترمیمات کے ساتھ آج کل کام میں لایا جاتا ہے۔

تندرست اشخاص میں معمولی امتحانات سے پیشاب میں کوئی شکر نہیں مل سکتی، لیکن مخصوص طریقوں سے امتحان کرنے پر پیشاب میں ہمیشہ ۱۰ فیصد تک شکر پائی گئی ہے۔ جب دموئی شکر زیادہ ہو کر تقریباً ۱۰-۲۰ فی صدی تک پہنچ جاتی ہے تو گردہ ڈیکسٹروس کو ایسی مقداروں میں خارج کرتا ہے جن کی شناخت باسانی کی جا سکتی ہے۔ اسکو دھلیز کلوی (threshold of the kidney) کہتے ہیں۔ حقیقی ذیابیطس کے مریضوں کی دھلیز کلوی کم ہو سکتی ہے یا زیادہ۔ اول الذکر حالت میں گلوخون کے اندر کی فی صدی مقدار علاج سے گھٹ کر طبعی درجہ پر ہو گئی ہوتا ہم شکر پھر بھی خارج ہوتی رہتی ہے۔ آخر الذکر حالت میں جب کہ دموئی شکر کی فی صدی مقدار ہنوز زیادہ (مثلاً ۳۰-۴۰ فیصدی) ہو شکر کا اخراج موقوف ہو جاتا ہے۔

جیکسن کے دموئی شکر برواشت کے منحنی (Jacobsen's blood

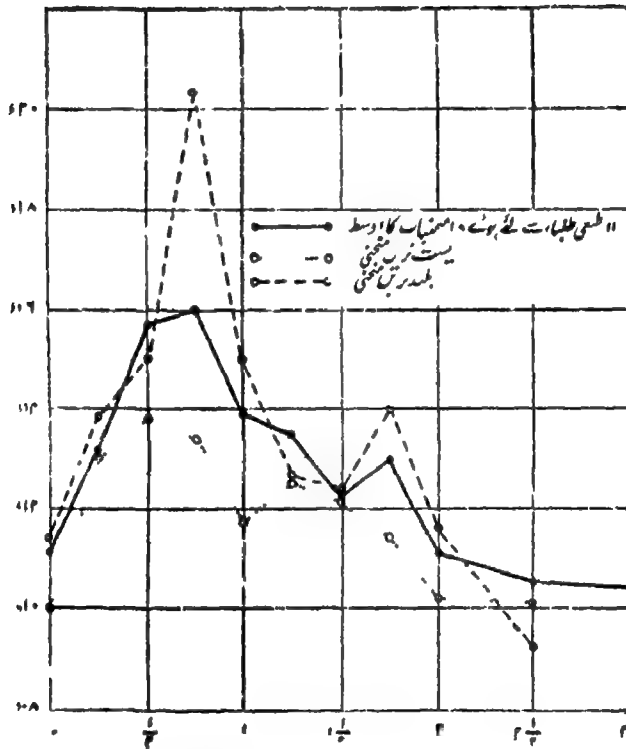
sugar tolerance curves) تشخیص میں اہمیت رکھتے ہیں۔ علی الصبح خالی معدے کی حالت میں ڈیکسٹروس کی ایک خوراک دی جاتی ہے اور دموئی شکر کی تخمین پہلے سے اور بعد میں مقررہ وقفوں کے بعد کی جاتی ہے۔ پیشاب جمع کر لیا جاتا ہے اور اگر اس میں کوئی شکر ہو تو اس کی تخمین کر لی جاتی ہے۔ ٹھیلا

طبی طالب علموں کو ۵ گرام ڈیکسٹروس دینے کے بعد ڈاکسٹر ڈبلیو۔ ڈبلیو۔ پی (Dr. W. W. Payne) کو جو نتائج حاصل ہوئے وہ شکل ۵۵ میں بتلائے گئے ہیں۔ الف سارے گروہ کا اوسط منحنی ہے، جب پست ترین منحنی ہے اور ج بلند ترین منحنی ہے۔ آخر الذکر حالت میں پٹیاب کے اندر شکر کا ایک شانہ علاج ہوا۔ تینوں منحنیوں میں دموئی شکر ڈیڑھ گھنٹہ میں گھٹ کر تقریباً نقطہ آغاز پر آگئی۔ لیکن ثانوی ارتفاعات بھی نظر آ رہے ہیں۔ یہ طریقہ کلوی ذیابیطس کی اصابتوں کے گروہ کو حقیقی ذیابیطس شکر سے علیحدہ کرنے کے لئے استعمال کیا جاتا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 489) (84)۔ اس گروہ میں شکر برداشت کا منحنی طبی ہوتا ہے، اگرچہ مریض مسلسل شکر خارج کرتے رہتے ہیں۔ ذیابیطس میں دموئی شکر اکثر معمول کے نسبت زیادہ سرعت کے ساتھ مرتفع ہوتی ہے اور اس کا یہ ارتفاع نسبتاً زیادہ طویل عرصہ تک جاری رہتا ہے اور ابتدائی کیوں واپسی میں بہت تاخیر ہو جاتی ہے۔ اسے شکل ۵۵ میں ب' ج' اور د منحنیوں سے ظاہر کیا گیا ہے، جو ذیابیطس شکر کے مختلف شدتوں والے مریضوں سے حاصل کئے گئے ہیں۔ مقابلہ کی غرض سے الف منحنی بھی شامل کر لیا گیا ہے، جو طبی طالب علم کا منحنی ہے، جو شکل ۵۵ کے اوسط منحنی سے نہایت قریبی مشابہت رکھتا ہے۔ دیکھا جائے گا کہ ذیابیطس کی حالت میں یہ منحنیات زیادہ بلند ہونے کا رجحان رکھتے ہیں۔ لیکن اس سے بھی زیادہ ممیز امر وہ طویل عرصہ ہے جو ان کے گزر کر نقطہ آغاز تک پہنچنے میں صرف ہوتا ہے۔ یہ عرصہ ہمیشہ ڈیڑھ گھنٹے سے زائد ہوتا ہے۔ گلوکوس کی صحیح مقدار جو بچوں میں استعمال کرنی چاہیے اس کے لئے ملاحظہ ہو صفحہ 6)۔

ذیابیطس کی خفیف اصابتوں میں جن میں بعض اوقات غذائی شکر بولیت (alimentary glycosuria) کے نام سے یاد کرتے ہیں صرف کاربوہائیڈریٹ کی غذا کھانے کے بعد ہی پٹیاب میں شکر خارج ہوتی ہے۔ لیکن زیادہ شدید اصابتوں میں غذا کو تمام کاربوہائیڈریٹس سے مبرا کر دینے کے بعد بھی شکر مسلسل خارج ہوتی رہتی ہے، جس کی وجہ یہ ہے کہ وہ پروٹینز سے اور غالباً



چربی سے بھی پیدا ہو جاتی ہے۔  
 شکر کے سریری کا شفاقت :- بینڈل کٹ کے کیفی کا شفاقت  
 (Benedict's qualitative test) میں ایک امتحانی ٹی کے اندر مشابہہ پینا  
 کے تین یا چار قطروں میں (جس کا اختصار قطرہ کی جسامت پر ہے) محلول بینڈل کٹ



شکل ۵۵ - دوسری شکر برداشت کے طبیعی معنی

کے ہی سی شامل کر دئے جاتے ہیں۔ اس آمیزہ کو گرم کر کے خوب جوش دیا جاتا ہے

۱۰۔ اس امر کی احتیاط رکھنی چاہئے کہ وہ محلول نہ دیا جائے جو بینڈل کٹ کے کئی امتحان کیلئے مخصوص ہوتا ہے اور جس سے اُبالنے پر ایک خفیف المقدار سپید سفوف حاصل ہوتا ہے بشرطیکہ شکر موجود ہو۔

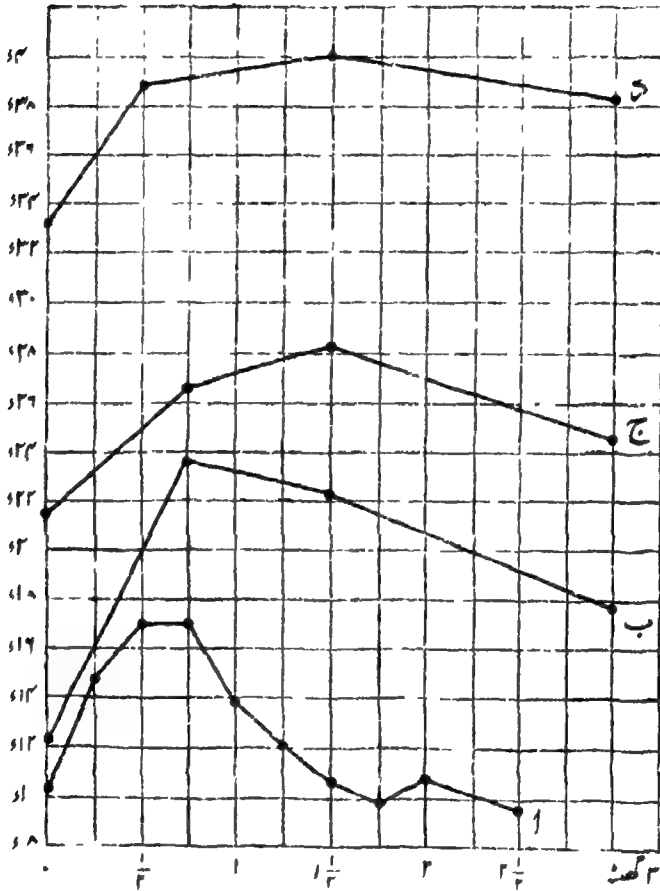
اور یہ عمل ایک دو منٹ تک جاری رکھا جاتا ہے، اور پھر آمیزہ کو خود بخود ٹھنڈا ہونے دیا جاتا ہے۔ اگر گلوکوز موجود ہے تو یہ آمیزہ از سر تپا ایک رسوب سے بھر جائے گا جو ممکن ہے کہ سرخ، یا زرد یا سبزی مائل ہو۔ اگر شکر کی مقدار ۰.۳ فی صدی سے کم ہے تو یہ رسوب صرف ٹھنڈا ہونے پر ہی بنتا ہے۔ اگر شکر موجود نہیں ہے تو یہ محلول بالکل صاف رہتا ہے۔

فینائل ہائڈرین کا کاشفہ (phenylhydrazine test) - ایک امتحانی نلی تقریباً  $\frac{1}{4}$  انچ تک فینائل ہائڈرین صائیڈ روکلورائیڈ (phenylhydrazine hydrochloride) سے، اور دوسرے  $\frac{1}{4}$  انچ تک سوڈیم اسیٹٹ (sodium acetate) سے بھری جاتی ہے۔ پھر اس امتحانی نلی کو پیشاب سے آدھا بھر لیا جاتا ہے، اور پھر سب کو ایک پن جنٹر میں پندرہ سے لے کر ساٹھ منٹ تک (جس کا انحصار موجودہ شکر کی مقدار پر ہوتا ہے) گرم کیا جاتا ہے۔ اسے ٹھنڈا ہونے دیا جاتا ہے۔ زرد نشل کا امتحان کیا جاتا ہے جس سے خروبین کے نیچے باریک قلمی سوئیوں کے گٹھے نما جھنڈ (فینائل گلوکوزائڈ) ظاہر ہوں گے، جو ۲۰.۵ درجہ سینٹی گریڈ پر پگھل جاتے ہیں۔

465

خمیری امتحان (fermentation test) - اگر لہن کی (جسے دھو کر نشاستہ یا شکر سے مترا کر لیا جائے، تھوڑی مقدار پیشاب میں شامل کر کے اسے چند گھنٹوں کے لئے ایک طرف رکھ دیا جائے، تو تخمیر کی وجہ سے گلوکوز، الکحل اور کاربونک ایسڈ میں تبدیل ہو جائے گا۔ اب اس کی کثافت نوعی کو دیکھنا چاہئے اور نشی نمونہ کے پیشاب کی کثافت نوعی کے ساتھ اس کا مقابلہ کرنا چاہئے جس کو ان کے بغیر مائل حالات کے تحت رکھ دیا گیا ہو۔ یہ دیکھا جائے گا کہ کثافت میں کمی واقع ہوئی ہے جو کہ تلف شدہ گلوکوز سے متناظر ہے۔ چنانچہ کثافت نوعی کے فرق کو ۱۲.۳ سے ضرب دینے سے شکر کی فی صدی مقدار حاصل ہو جاتی ہے۔ اگر امتحانی نلی کو پورا بھر کر ایک طشتی میں الٹ دیا جائے تو کاربونک ایسڈ گیس جیسے جیسے کہ وہ بنتی ہے، نلی کے بالائی حصہ میں جمع ہوتی جائے گی اور پیشاب کو وہاں سے ہٹا دے گی۔

تقطیب نما۔ ڈیکسٹروس تقطیب کے مستوی کو دائیں طرف پھیر دیتی ہے۔  
اس میں بیٹا آکسی یوٹائرک آئیڈ کی موجودگی خلل انداز ہوتی ہے، جو چپ گرداں  
ہوتا ہے۔



شکل ۵۸۔ زیابیس میں دوی شری برداشت کے تین منحنی  
(بیان کے لئے متن ملاحظہ ہو)

معالطات۔ خواہ شکر موجود نہ بھی ہو، مرکب پیشاب کے اندر کلائیوگرائنگ  
آئیڈ، یورک آئیڈ، پیورک آئیڈ، کریسٹینین اور ہوموجینسٹک آئیڈ کی موجودگی

تھوڑی سی ترجیع (reduction) واقع کر سکتی ہے۔ ایسا سطر خفیف ترجیع شکر کی موجودگی پر اس وقت زیادہ دلالت کر سکتی ہے جب کہ پیشاب کی کثافت نوعی پست ہو بہ نسبت اُس حالت کے جب کہ یہ بلند ہو۔ کثافت نوعی کو محسوس طور پر بلند کرنے کے لئے بہت سی شکر موجود ہونی چاہئے۔

گلاٹیکوڈرائک ایسڈ ہمیشہ کسی دوسری شے کے ساتھ جڑ جاتا ہے جو کہ پیشاب میں خارج ہوتی ہے۔ یہ مارفیا، کلوروفارم کے بخار، کلورل، ہوتاہل، کلورل، کافور، کوپیا، کباب، چینی، سیلی سیلک، ایسڈ، اور ٹینک ایسڈ کے استعمال کے بعد پایا جاتا ہے۔ ڈیکسٹروس کے علاوہ دوسری شکریں بھی پیشاب میں مل سکتی ہیں۔ لیو یولوز خارج ہو سکتی ہے، ڈیکسٹروس کے ساتھ اور تنہا بھی۔ اُس کی موجودگی سے کبدی قلت (hepatic deficiency) کا احتمال پیدا ہوتا ہے۔ اُس سے ترجعی اور تخمیری کاشفات حاصل ہو جاتے ہیں، لیکن اُس کی تفریق اُنکی چپ گردانی سے اور سیلی وناؤ کے کاشف (Seliwanow's test) سے کی جاسکتی ہے۔ ۴ سی سی پیشاب اور اسی سی کاشف سیلی وناؤ (Seliwanow's)

reagent = ریاسن ۵ گرام ہائیڈروکلورک ایسڈ جس کی کثافت نوعی ۱.۱۹۱ ہو، ۳۰ سی سی، آپ کشیدہ ۳۰ سی سی) کے آمیزے کو ایک پن جنٹر کے اندر چند منٹ تک گرم کیا جاتا ہے، یہاں تک کہ وہ اُبلنے لگے۔ اگر لیو یولوز موجود ہے تو اس محلول کا رنگ سرخ ارغوانی ہو جاتا ہے، لیکن تنہا ڈیکسٹروس رنگ کا کوئی ایسا تغیر نہیں پیدا کرتی۔ کاذب لیو یولوز (pseudo-lævulose) (ایسو گلاٹیکو یورائک ایسڈ = iso-glycuronic acid) بھی یہی رنگ پیدا کر دیتی ہے۔ لیکن دودھ پلانے والی عورتوں میں ملتی ہے اور اُن شیر خوار بچوں میں بھی معدی معوی التهاب (gastro-enteritis) کی شکایت ہو۔ اُس سے ترجعی کاشف حاصل ہو جاتا ہے مگر تخمیری کاشف نہیں حاصل ہوتا اور وہ راست گرداں ہوتی ہے۔ فینائل ہائیڈریزین سے امتحان کرنے پر اُس سے قلمی سوئیاں حاصل ہوتی ہیں جو کروی جھنڈوں کی صورت میں ہوتی ہیں اور ۲۰۰ درجہ سینٹی گریڈ پر پگھل جاتی ہیں۔ جن پھلوں میں اراہٹوز (arabinose) موجود ہو (دیکھئے چیریز: cherries، پلیمس

plums اور سیب) اُن کے کھانے کے بعد پیشاب میں پلنٹوس (pentose) خارج ہو سکتی ہے۔ خود رُو پیٹوس بولیٹ (pentosuria) تحول کی ایک شاذ نراری ہے جو پروٹینی درآمد کی تحدید سے کم ہو جاتی ہے۔ پیٹوس تانبے کی تر جمع کر دیتی ہے لیکن اُس میں تخمیر نہیں ہوتی اور اُس سے بیال کا آرسینی کا شفعہ حاصل ہوتا ہے۔ (Bial's orcin test)

مرضی تشریح - اصابتوں کے کچھ تناسب میں لبلبہ خالی آنکھ سے صرغاً مرضی نظر آتا ہے۔ اکثر اُس میں ذبول یا تلیف ہو جاتا ہے یا یہ دونوں بیک وقت موجود ہوتے ہیں۔ اور ان حالات میں جو دوسرے تغیرات ملتے ہیں وہ حسب ذیل ہوتے ہیں۔ غدد کے بڑے حصوں کا متغیر ہو کر شمعی بن جانا، قیچ، زرقا، سرطان قناتوں میں سنگ اور دوسرے۔ نیجیاتی تغیرات پر اس سے پہلے غور کیا گیا ہے۔ بہت سی اصابتوں میں بالخصوص اُن میں جو تھوڑی مدت کی ہوں، دوسرے اعضا کے بعد المات مظاہر طبعی حالت سے بہت کم مختلف ہوتے ہیں۔ زیادہ پرانی اصابتوں میں وہ امراضیاتی تغیرات پائے جاتے ہیں جو عییدگیوں کی وجہ سے ہوتے ہیں۔ اکثر گردوں کی کلانی پانی جاتی ہے اور زیادہ مدت کی اصابتوں میں انوبی خلیات گلاکو جن کی درریش اور ترویجی تغیر ظاہر کرتے ہیں جو کینونیت کی وجہ سے ہوتے ہیں۔ خالی آنکھ کو جگر میں کوئی غیر معمولی بات نظر نہیں آتی، الا خون لونیت یا ذیابیطس اسمر (diabète bronzé) کی شاذ اصابتوں میں۔ (ملاحظہ ہو صفحہ 394)۔ خون بعض اوقات ایک عجیب گلابی یا اشرایری جیسا رنگ ظاہر کرتا ہے، اور ایک طرف رکھنے پر اُس کی سطح پر ایک ملائی جیسی تہ جمع ہو جاتی ہے۔ اس حالت کو تشحیر الدام (lipæmia) کہتے ہیں۔ لیکن اس ملائی جیسی تہ کو بنانے والے ذرات یقیناً اصلی چربی کے ذرات سے مختلف اور لیسی تھین (lecithin) اور گلوبولین (globulin) سے بنے ہوئے ہوتے ہیں (نیز ملاحظہ ہو صفحہ 981)۔ خون کی حالت دوران زندگی میں شبکیتی عروق میں شناخت کر لی گئی ہے، چنانچہ شراین اور آوردہ دونوں فقر چشم کے مرکز میں سامن مچھلی کے رنگ کے اور محیط میں ملائی کے رنگ کے ہوتے ہیں

(شبکیاتی تشحیر الدم = lipaemia retinalis) - وہ متبع ہوتے ہیں اور ایک دوسرے سے قریبی مشابہت رکھتے ہیں۔

**کیتونیزم (ketosis)** - جب کاربوہائیڈریٹس کی قلت ہو، یا آخر الذکر کام میں نہ لائے جاسکیں، تو غالباً غذائی شحم اور جسمانی شحم کاربوہائیڈریٹ میں تبدیل ہو جاتی ہے، اور اس کے ساتھ ہی اس شحم سے ایسیٹو آکسیٹک ایسڈ،  $CH_3COOH = CH_3COH$  (جس کو غلط طور پر ڈائی آکسیٹک ایسڈ کہتے ہیں) بنتا ہے (8)۔ یہ ایک زہری شے ہے، اور غالباً بڑی حد تک جگر کے اندر تخریب کے ذریعہ بے ضرر بی۔ آکسی ہائیڈرائٹ ایسڈ،  $CH_3CHOHCH_2COOH$  میں تبدیل ہو جاتی ہے، اور گردے طبعی طور پر ان دونوں اشیاء کو تلف کر دیتے ہیں، مگر اس عمل میں متضرر ہو جاتے ہیں (41)۔ تھوڑا ایسیٹو آکسیٹک ایسڈ کاربن ڈائی آکسائیڈ ( $CO_2$ ) کے ایک سالمہ کے نقصان سے ایسیٹون (acetone)  $CH_3COCH_3$  میں تبدیل ہو جاتا ہے۔ یہ تینوں اشیاء خون اور پیشاب میں ظاہر ہوتے ہیں، اور مزید برآں ایسیٹون سانس میں بھی خارج ہوتا ہے۔ اس حالت کو کیتونیزم کہتے ہیں (ملاحظہ ہو صفحہ 451)۔ یہ دورانِ فاقہ میں ظاہر ہوتی ہے، نیز اس وقت جب کہ غذا میں کاربوہائیڈریٹس کی قلت ہو، بالخصوص اگر چربی حد سے زائد ہو۔ اور شدید قے جیسے کہ دوری قے (cyclical vomiting) اور دورانِ عمل کی مختلف قے کی حالت میں۔ جموی اور وضعی حالتوں (cachectic conditions) میں۔ اور ما بعد عدم حیات (post-anæsthetic) یا "کلوروفارم کے آجل تشحم" ("delayed chloroform poisoning")، تشحم فاسفورس، حاد

اصفر زہول (acute yellow atrophy) اور انشعاج (eclampsia) میں جو سب کے سب جگر کا مرکزی تنخر شحمی تغیرات کے ساتھ ظاہر کرتے ہیں۔ تندرست اشخاص میں سوڈیم بائی کاربونیٹ کی بڑی مقداریں لینے کے بعد۔ اور ذیابیطس شکر میں جب ایسیٹو آکسیٹک ایسڈ خون کے اندر ایک بلند ارتکاز پر پہنچ جاتا ہے تو ممکن ہے کہ وہ قوما پیدا کر کے ہلاکت پیدا کر دے۔ یہی شدید ذیابیطس میں اور عرصہ تک قے ہونے کے بعد بھی واقع ہو سکتا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 341)۔ شدید

ذیابیطس کی ایک اطالت پذیر اصابت میں مریض کے نمل کے ساتھ جسمانی شحم بڑی حد تک غائب ہو جاتی ہے، اور ممکن ہے کہ کیتونیت بھی تقریباً غائب ہو جائے، لیکن مریض ناقذ یا خوار سے ہلاک ہو جاتا ہے۔

کیتونیت کیلئے سرسری کاشفات - قارورے کے بیٹا آکسی ہوا رنگ ایسڈ ( $\beta$ -oxybutyric acid) کے لئے کوئی لونی کاشف نہیں ہوتا۔ گربارٹ کا کاشف (Gerhardt's test) جو ایسیو ایسٹک ایسڈ کے لئے متعل ہے، یہ ہے کہ پیشاب میں فیرک کلورائیڈ (ferric chloride) شامل کر دینے سے ایک پورٹ وائن (port-wine) جیسا رنگ حاصل ہو جاتا ہے۔ گرم کرنے سے یہ غائب ہو جاتا ہے۔ یہ کوئی زیادہ نازک کاشف نہیں ہے۔ اسے اس معاملے سے متمیز کرنا چاہئے جو سیلیسیٹس (salicylates) لینے کے بعد بھی حاصل ہو جاتا ہے، لیکن آخر الذکر صورت میں گرم کرنے سے رنگ غائب نہیں ہوتا۔ سوڈیم نائٹروپوسائیڈ (sodium nitroprusside) کے ساتھ ایسیو ایسٹک ایسڈ اور ایسیٹون دونوں سے دو کاشفات حاصل ہوتے ہیں، لیکن وہ اول الذکر کے لئے اس سے تقریباً بیس گنا زیادہ حساس ہوتے ہیں کہ جتنے آخر الذکر کے لئے۔ لیگال کے کاشف (Legal's test) میں پیشاب کے اندر سوڈیم نائٹروپوسائیڈ کی ایک چھوٹی قلم با اُس کے تازہ تیار کئے ہوئے محلول کے چند قطرے ٹپکا دئے جاتے ہیں، اور پھر اُقدارے کا ٹیک سوڈا (caustic soda)۔ ایک شاہ دانہ جیسا سرخ رنگ پیدا ہو جاتا ہے جو جلد ہی ماند پڑ جاتا ہے۔ اب ایسیٹک ایسڈ کی وافر مقدار ملا دینے سے ایک قرمزی سرخ (carmine-red) یا نسبتہ گہرا ارغوانی رنگ پیدا ہو جاتا ہے۔ روتھیرا کے کاشف (Rothera's test) میں پیشاب میں جامد ایمونیم سلفیٹ کے ساتھ سوڈیم نائٹروپوسائیڈ کی ایک قلم اور ایمونیا کی وافر مقدار شامل کر دی جاتی ہے جس سے بتدریج ایک ارغوانی رنگ نمودار ہو جاتا ہے۔ ایسیٹو ایسیٹک ایسڈ کے لئے سب سے زیادہ حساس کاشف یہی ہے۔

یہ کاشفات کیتونیت کی موجودگی ظاہر کرنے کے لئے تو نہایت عمدہ ہیں، لیکن اُس کی مقدار ظاہر کرنے کے لئے (جس سے یہ دریافت ہو سکے کہ آیا ذیابیطس

مریض کو قوما ہونے کو ہے یا نہیں، چنداں کارآمد نہیں۔ اس کا ایک سبب یہ ہے کہ جب قوما ہونے کے قریب ہوتا ہے تو فشارِ خون کے سقوط کے ساتھ گردوں کی آخری قوت زائل ہوتا شروع ہوتی ہے، جس سے پیشاب کے اندر ان اشیاء کی مقدار بھی کم ہو جاتی ہے اور اس کے بالعکس یہ خون کے اندر جمع ہو جاتے ہیں۔ ان کا یہی اجتماع ہے جس سے خطرے کی مقدار کا اندازہ ہوتا ہے۔ اس کے تین طریقے حاصل ہیں جن سے فائدہ اٹھایا جاسکتا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 452)۔ مجموعی نائٹروجن سے ایمونیا نائٹروجن کی نسبت کی دریافت اور ۵ گرام سوڈیم بائی کاربونیٹ براہِ دینے کا کاشفانہ سے پہلے کافی طور پر بیان ہو چکا ہے۔ جو فیزی کاربن ڈائی آکسائیڈ والے طریقے (alveolar CO<sub>2</sub> method) کا اختصار اس حقیقت پر ہے کہ طبعی کاربن ڈائی آکسائیڈ کی قدریں ۵ و ۴ اور ۲ و ۱ فی صدی کے درمیان ہوتی ہیں، اور یہ مردوں کے نسبت عورتوں میں کی قدریں تھوڑی ہیں۔ ذیابیطس میں ۲ فی صدی قدر کے یہ معنی ہیں کہ اگر اصلاح واقع نہ ہوئی تو ممکن ہے کہ چوبیس گھنٹے کے اندر قوما طاری ہو جائے۔ مریض کی جو فیزی کاربن ڈائی آکسائیڈ ۳ اور ۴ فی صدی کے درمیان ہو تو ممکن ہے کہ وہ بہت دنوں بلکہ چند ہفتوں تک زندہ رہے۔ خراب سے خراب تر حالت میں اُسے تین یا چار دن سے پہلے قوما نہیں طاری ہوگا۔ یہ پہلے ہی بیان کیا گیا ہے کہ کاربن ڈائی آکسائیڈ کی وہ تخفیف جو زیادتی تنفس کی وجہ سے واقع ہوتی ہے، ایک ایسی میکانیت ہے جو خون میں کے ثابت ترشے (fixed acid) کی زیادتی کی ترمیم کرتی ہے، اور یہ خون کے ہائڈروجنی رواں کے اریسکاز کا حد سے زیادہ ارتقاع ہونے کو روکتی ہے۔

**علاجات۔** ذیابیطس کے حملہ کا آغاز اکثر غیر محسوس طور پر ہوتا ہے۔ مریض محض بتدریج محسوس کرتا ہے کہ وہ معمول کے نسبت زیادہ سیال پیتا ہے اور زیادہ پیشاب کرتا ہے۔ یا ممکن ہے کہ اُسے پیشاب میں کوئی تبدیلی ہونے کے بجائے کمزوری اور لاغری کی شکایت ہو۔ بعض اصابتوں میں حملہ کا آغاز حاد ہوتا ہے اور مریض کو وہ ٹھیک تاریخ یاد ہو سکتی ہے جب کہ اُسے پہلے پہل تشنگی محسوس ہوئی تھی۔



زیادہ شدید قسم کی اصابت میں جس کا آغاز حادثہ طور پر ہو یا ایک نسبتاً خفیف اصابت بڑھ کر زیادہ شدید ہو گئی ہو، ممیز علامات علاج نہ ہونے کی صورت میں جلد ہی ایسے ممتاز ہو جاتے ہیں کہ ان کے متعلق مغالطہ کا احتمال نہیں رہتا۔ وہ علامات یہ ہوتے ہیں :-

تبول بار بار اور زیادہ مقدار میں ہونا، شدید تشنگی، عموماً بھوک کا بہت زیادہ لگنا، جسمانی کمزوری، اور ذیابیطس۔ بعض اوقات بھوک بے انتہا زیادہ ہوتی ہے، لیکن دوسری اصابتوں میں وہ بہت کم متاثر ہوتی ہے، اور اکثر آخر میں زائل ہو جاتی ہے۔ ذہن اور لب خشک ہو جاتے ہیں، زبان سُرخ، کچی اور ”گائے کے گوشت جیسی“ ہو جاتی ہے، اور منہ کا مزاج عموماً میٹھا ہوتا ہے۔ بالعموم ہضم اچھا ہوتا ہے اور ممکن ہے کہ مریض غذا کی بڑی مقداروں کو ہضم کرنے میں کمی دقت محسوس نہ کرے۔ آنٹوں میں عموماً قبض ہوتا ہے۔ جلد کھردری اور خشک ہوتی ہے۔ اسی کے ساتھ ساتھ تغذیہ بہت شدت کے ساتھ متاثر ہوتا ہے، اور مریض بہ سرعت لاغر ہو کر بے انتہا کمزور ہو جاتا ہے۔ وہ دماغی محنت پر راعب نہیں ہوتا اور اس کی طبیعت پست اور مزاج چڑچڑا ہو جاتا ہے۔ جو فیزیکی سیدان کی وجہ سے دانت ڈھیلے پڑ کر رہنے لگتے ہیں۔ مردوں کی قوت رجولیت اکثر زائل ہو جاتی ہے اور ممکن ہے کہ عورتوں میں حیض کا آنا موقوف ہو جائے۔

408

پیشاب کی مقدار زیادہ ہو کر روزانہ ۱۰ لٹر ہو جاتی ہے اور خارج شدہ شکر ۵۰ گرام سے اوپر اور اس کا ارتیکاز ۲۰ فی صدی تک ہوتا ہے۔ اس قدر شکر کی موجودگی کی وجہ سے پیشاب کی کثافت نوعی بڑھ کر ۴۰ یا ۵۰ اتک پہنچ جاتی ہے۔ پیشاب عموماً پھیکے زرد رنگ کا یا تقریباً پانی جیسا ہوتا ہے۔ اس کی بوسو کمی گھاس جیسی میٹھی میٹھی اور مزہ بھی میٹھا ہوتا ہے۔ تعامل ترشی ہوتا ہے۔ اس میں ایسیٹون، ایسیٹو ایسٹک ایسڈ اور بیٹا آکسی بیوٹائرک ایسڈ موجود ہوتے ہیں۔

ذیابیطس کی خفیف اصابتوں کو بعض اوقات ”غذائی شکر بولیت“ کے نام سے یاد کرتے ہیں، لیکن دوسری شکر کی برداشت کے منحنیات سے ظاہر ہوتا ہے کہ یہ حقیقی ذیابیطس کی ایک قسم ہے، اگرچہ ممکن ہے کہ شکر بولیت صرف ایک ایسی کثیر المقدار غذا کھانے کے بعد ہی پائی جائے جس میں نشاستہ بہت موجود ہو۔

پایس نہیں ہوتی، اور نکلنے سے کہ شکر کی روزانہ خارج شدہ مقدار ۵ گرام سے نیچے ہو۔ ممکن ہے کہ علامات موجود نہ ہوں مگر مریض اکثر محسوس کرتے ہیں کہ پیشاب کا حجم بڑھ گیا ہے۔ ممکن ہے کہ ان کو مختلف پیچیدگیوں کی شکایت ہو۔ اس قسم کا ذیابیطس بالخصوص مہتر اشخاص میں ہوا کرتا ہے۔

**پیچیدگیاں۔** ذیابیطس کے دوران میں متعدد پیچیدگیاں واقع ہونے کا امکان ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ بول شکر کی خراش عورتوں میں ایک تکلیف وہ حکمت الفرج (pruritis vulvæ) اور مردوں میں التهاب حشفہ (balanitis) پیدا کر دے۔ جلد کی مام خارش بھی ہو سکتی ہے۔ ممکن ہے کہ جسم کے مختلف حصوں میں سراج پھوٹے (carbuncles) اور دمل (boils) پیدا ہو جائیں اور اول الذکر موت کا باعث ہو جائیں۔ ذیابیطس میں زمرہ سلحہ (xanthoma) کی بھی ایک شکل دیکھی گئی ہے۔ بعض اوقات پاؤں کی انگلیوں کی یا ایک پورے جارح کی گنگرین بھی ہوتی ہے، لیکن یہ اتھیرومائی شرٹین کیساتھ وابستہ ہوتی ہے۔ ممکن ہے کہ البیوین بولیت موجود ہو جو ساتھ واقع ہونیوالے کلوی تغیرات کی لالت ہے۔ ذیابیطس میں انجیلی جھٹکے اور رکی جھٹکے عموماً غیر موجود ہوتے ہیں۔ یہ یا تو التهاب اعصاب محیط کی وجہ سے ہوتے ہیں (peripheral neuritis) یا ام خونہ اور رمادی ماؤے کے درمیان پچھلی عصبی جڑوں کے ریشوں کے انحطاط کے باعث جس سے نخاع کے پچھلے استوانوں میں تغیرات واقع ہو جاتے ہیں (11)۔ وجع العصب (neuralgia) شدید ہو سکتا ہے، بالخصوص ذر کی قذالی اور توامی ثلاثی ۱۔ منٹھن بھی ہو سکتی ہے۔ نہایت لاغر اشخاص میں پاؤں اور ٹانگوں کا اُذیا (ضعفی تھبج) دیکھنے میں آ سکتا ہے، اور وہ سوڈیم بائی کاربونیٹ کی حد سے زیادہ متعادیں دینے سے بھی بہ آسانی پیدا ہو سکتا ہے۔ سل سریوی ذات السریہ اور دوسرے ماری امراض ذیابیطس کے مریضوں میں اس سے زیادہ عام طور پر نہیں ہوتے کہ جتنے عام آبادی میں ہوتے ہیں۔ لیکن انداز نسبتہ خراب ہوتا ہے، گو زمانہ حاضریہ کے طرق علاج نے اسے بہتر بنا دیا ہے۔ ذیابیطس میں بصارت کی طریقوں سے متاثر ہو جاتی ہے۔ ممکن ہے کہ

نظر کی قوت ماسکہ میں سر میں تبدیلیاں اور کلیل النظری (amblyopia) عضلہ بصریہ کے ضعف اور وسائط کے انعطاف نما میں تغیرات کے باعث ہو جو غالباً شکل کی موجودگی کے باعث واقع ہو جاتے ہیں۔ ذیابیطس نزول الماء (cataract) عموماً پیشوخی قسم کا ہوتا ہے۔ لیکن نوعہ اشخاص میں ایک مؤخر قطبی نزول الماء (posterior polar cataract) ذیابیطس کی وجہ سے مل سکتا ہے اگرچہ یہ بہت شاذ ہے۔ معمر مریضوں میں التهاب شبکیہ (retinitis) عام ہے جو صلابت الشریانی التهاب شبکیہ سے مماثل ہوتا ہے۔ امکاناً یہ ذیابیطس اور پیکینیٹی التهاب دونوں شریانی مرض کے بعد ثانوی طور پر ہوتے ہوں اور دونوں میں کوئی راست تعلق نہیں ہوتا۔ دوسرے تغیرات یہ ہیں :- التهاب قرصیہ (iritis) خلف المقطع عصبی التهاب (retrobulbar neuritis) جو عصب بصری کا ذبول (optic atrophy) پیدا کر دیتا ہے، شبکیہ اور زجاجیہ میں نزفات اور شبکی تشحیم اللدھر (lipoma retinalis) جس کا پہلے تذکرہ کیا گیا ہے شدید علاج ناکردہ اصابتوں میں۔

**ذیابیطس قوما (diabetic coma)۔** یہ نام اس گروہ علامات کو دیا گیا ہے جو خون کے اندر ایسٹو آسینٹک ایسڈ کے اجتماع کے باعث پیدا ہو جاتے ہیں جو نظام دوران خون اور مرکزی عصبی نظام دونوں پر ایک زہر کے طور پر اثر کر کے ہلاکت خیزی نتیجہ پیدا کر دیتا ہے۔ اس علاماتی مخلوط کی تسبیب میں خون کے اندر کاربن ڈائی آکسائیڈ ( $CO_2$ ) کی قلت بھی ممکن ہے کہ حصہ لیتی ہو۔ قوما کے اسباب متعدّد یہ ہیں :- (الف) ایسی غذا جس میں پروٹین اور شحم بکثرت ہو۔ (ب) اشتعال یا جذباتی صدمہ۔ (ج) عام عدم حیثیت۔ غالباً گیسز آکسیجن کے ساتھ سب سے کم مغزرت رساں ہے، لیکن یہ بہت اہم ہے کہ مریض نیلا ہونے پائے۔ (د) حاد سرائیٹس۔ (ه) گردوں کا ناقص فعل، جس سے ایسٹو آسینٹک ایسڈ کا نامکمل اخراج ہوتا ہے۔ (و) قبض۔ (ز) ایک نوعہ مریض میں جسکے بدن کی چربی انسولین کی مدد سے بڑھ گئی ہو، انسولین کا استعمال جاری نہ رکھنا۔ قوما کا آغاز اکثر بتدریج ہوتا ہے، لیکن علامات ذیل اس کی خبر دیتے ہیں :- فقدان اشتہا، پیشاب اور شکر کی روزانہ خارج ہونے والی مقدار میں ایک

سرریع تخفیف، پیشاب میں البیومین اور سبائب کی موجودگی، اور ہٹیلماقبض۔ بعض اوقات شدید درد شکم ہوتا ہے۔ اس وقت مریض کی قدر جلد ہی حالت مہبوط اور قوام میں مبتلا ہو جاتا ہے۔ نبض سرریع و ضعیف ہوتی ہے، دروں چشمی تناؤ کم ہو جاتا ہے، سطح جسم سرد، چہرہ پیکا ہوا اور جوارح کبود ہوتے ہیں۔ مریض نیم باز آنکھوں کے ساتھ پڑا رہتا ہے، اور اپنے گرد و پیش پر التفات نہیں کرتا۔ اور گونوال کرنے پر اسے بیدار کر کے اٹھایا جاسکتا ہے مگر وہ ایسی بدحواسی سے جواب دیتا ہے (بشرطیکہ وہ جواب دے) گو یا وہ اسے ادھورا ہی سمجھا ہے۔ تنفس ان اصابتوں میں مخصوص طرز کا ہوتا ہے۔ یعنی وہ آہستہ آہستہ، گہرا، اور آہ کی نوعیت کا ہوتا ہے۔ سینہ کے حرکات نہایت وسیع ہوتے ہیں۔ تنفس خاتمہ کے قریب کی قدر زیادہ بار بار ہونے لگتا ہے۔ اسی کے ساتھ سینہ کے ہٹھا سے کوئی غیر معمولی چیز نہیں ظاہر ہوتی۔ اس شکل کے تنفس کو جوع الہوا کہتے ہیں۔ بہت سی اصابتوں میں مریض کے بستر کے قریب ایک میٹھی سی خوشبودار یا آئیری بو محسوس ہو سکتی ہے، جسے بعضوں نے سیب کی بو سے تشبیہ دی ہے۔ یہ بو ایسیٹون سے منسوب کی جاتی ہے۔ ممکن ہے کہ یہ حالت ایک دن سے تین دن تک جاری رہے، اور پھر نبض زیادہ زیادہ ضعیف ہوتی جاتی ہے، گو ممکن ہے کہ قلب قوت کے ساتھ حرکت کرتا رہے، مریض زیادہ بے حس اور بالآخر بالکل قومازدہ ہو جاتا ہے اور موت اس منظر کو ختم کر دیتی ہے۔ کبھی کبھی مریض کی قدر ہڈیان کے ساتھ بڑبڑاتا رہتا ہے۔ بعض اصابتوں میں علامات نسبت بہت زیادہ سرریع ہوتے ہیں۔ مریض دفعہ مہبوط ہو جاتا ہے، اس کی نبض سرریع و ضعیف اور اطراف کبود ہو جاتے ہیں۔ جوع الہوا نمودار ہو جاتی ہے اور وہ چوبیس یا چھتیس گھنٹوں میں مر جاتا ہے۔

کلومی شکر بولیت (renal glycosuria) - غیر خبیث شکر بولیت

(benign glycosuria) (سلیم ذیابیطس: diabetes innocens) ان اصطلاحات

کا اطلاق ایک ایسی حالت پر کیا جاتا ہے، جن میں مریض سا لہا سال تک شکر مسلسل خارج کرتے رہتے ہیں، لیکن وہ نہایت کامل صحت کی حالت میں رہتے ہیں اور

انہیں ذیابیطس کے کوئی علامات نہیں ہوتے۔ شکر کی برآمد قلیل المقدار ہوتی ہے اور اکثر ۳ گرام یومیہ سے زائد نہیں ہوتی۔ کاربوہائیڈریٹ کی ایک متادلی جائے تو وہ اس برآمد میں چنداں فرق نہیں پیدا کرتی۔ بعض اصابتوں میں علاج سے اس شکر کو موقوف کرنا مشکل ہوتا ہے، مگر دوسری اصابتوں میں فاقہ کرائے سے شکر بہ سرعت غائب ہو جاتی ہے۔ دموی برداشت بنانا منحنی طبعی ہوتا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 464)۔ دموی شکر خالی معدہ کی حالت میں طبعی ہوتی ہے مگر پھر بھی شکر خارج ہوتی ہے، جس سے ظاہر ہوتا ہے کہ دہلیز کلوی پست ہے۔ اس حالت کی قییب نامعلوم ہے، لیکن کبھی کبھی یہ پیداشی ہوتی ہے۔ اس کے لئے کسی علاج کی ضرورت نہیں۔ جب تجربہ کسی جانور کو فلو رڈوزین (phloridzin) سے مسموم کر دیا جاتا ہے تو شکر بولیت پست دہلیز کلوی کے ساتھ واقع ہو جاتی ہے۔

**تشخیص۔** جب شکر کی موجودگی کی دریافت ترجیبی امتحانات میں سے کسی ایک سے کی جاتی ہے، اور تشنگی، کثرت بول یا عضلی کمزوری کی موجودہ یا ماضی سرگذشت بھی موجود ہوتی ہے، تو ذیابیطس شکر کی تشخیص یقینی ہو جاتی ہے۔ اگر پیشاب کا امتحان نہیں کیا گیا ہے، تو ممکن ہے کہ اس مرض کی موجودگی نظر انداز کر دی جائے اور مریض کا علاج ایک مبہم کمزوری اور ”ناطاقتی“ کے لئے کیا جائے، یا ممکن ہے کہ یہ امر فراموش کر دیا جائے کہ پچیدگیوں میں سے کسی ایک مثلاً راج پھوڑوں، حکنتہ، یا قوما کا بنیادی سبب ذیابیطس ہی ہے۔ یہ یاد رکھنا چاہئے کہ ایسے اشخاص میں جن کا ذیابیطس ہونا نامعلوم ہے، قوما کا وقوع ذیابیطس ہی کی وجہ سے ہو سکتا ہے، اور یہ کہ ذیابیطس کے مریضوں میں درد شکم ہی (جو سقد کافی شدید ہو سکتا ہے کہ اس سے شکم شگافی کی ضرورت محسوس ہو) قوما کے آغاز کی پہلی علامت ہو سکتی ہے۔ خاص وقت اس وقت پیش آتی ہے جب کہ کبھی مریض کا پیشاب متعدد مواقع پر خفیف سی ترجیع ظاہر کرتا ہے اور کوئی علامات موجود نہیں ہوتے۔ سریری کاشفات سے متعلق معلومات پر پہلے غور کیا گیا ہے، لیکن اگر تخمیری اور فینائل ہائیڈریزینی کاشفات سے ڈیکسٹروس کی موجودگی ثابت ہو چکی ہو تو بھی یہ معلوم کرنا ضروری ہوتا ہے کہ آیا مریض حقیقی ذیابیطس شکر میں مبتلا ہے۔

اگر دومی شکر ۱۶۔ سے اوپر ہے تو تشخیص نہایت امید افزا ہوگی، مگر اگر وہ بہت کم ہے تو بہترین طریقہ یہ ہوگا کہ برداشت شکر کا امتحان عمل میں لایا جائے یعنی دیگر کم کی ایک خوراک کے بعد خون کے تجزیات انجام دئے جائیں جس سے اندازیں بھی مدد ملے گی۔

انذار۔ ذیابیطس شکر ایک نہایت خطرناک مرض ہے، جو معمر اشخاص کے نسبت نوعمروں میں زیادہ سریع اور ناموافق ممر کا رجحان رکھتا ہے۔ اس کے ساتھ ہی انسولین اور بااحتیاط غذائی علاج کے رواج کے ساتھ انداز بہتر بھی ہو گیا ہے۔ بعض اصابتوں میں علاج کا یہ نتیجہ ہوتا ہے کہ شکر کی برداشت بڑھ جاتی ہے۔ لیکن شغلیابی ان معنوں میں نہایت ہی شاذ ہے کہ وہ مریض بلا انسولین کے بے پرہیزی غذا پر بسر کر سکتا ہو اور پھر بھی اس کی دومی شکر طبعی درجہ پر رہتی ہو۔ بلا علاج کے انداز نوعمر مریضوں میں بلا استثناء ناموافق ہوتا ہے کیونکہ مرض ترقی کرنے کا رجحان رکھتا ہے۔ ممکن ہے کہ مرض باوجود علاج کے ترقی کرتا رہے، بالخصوص اس وقت جب کہ مریض سرایت زدہ ہو گیا ہو۔ دوران مرض میں علاج کا آغاز جس قدر دیر سے کیا جائے گا انداز اُسی قدر زیادہ ناموافق ہوگا۔ معمر اشخاص میں جنھیں نام نہاد ”غذائی شکر بولیت“ ہو، علاج نہ ہونے کی صورت میں ہملک نتیجہ نہ ہونا چاہئے۔ لیکن چھپیدگیوں (مثلاً راج پھوڑے، نزول الماء اور التهاب شبکیہ) کا امکان ہمیشہ موجود ہوتا ہے۔ اس واسطے ضروری ہے کہ ہمیشہ مناسب علاج کا آغاز کیا جائے تاکہ چھپیدگی پیدا نہ ہونے پائیں۔

تحریر۔ چوں کہ علاج کا جلد کیا جانا نہایت اہم ہے، لہذا وقتاً وقتاً امتحان بول کی سفارص کی گئی ہے۔ امتحان بول تندرست اراکین خاندان کی حالت میں اس وقت یقیناً عمل میں لانا چاہئے جب کہ ذیابیطس کسی خاندان میں موروثی طور پر چلا آ رہا ہو۔ ذیابیطس سے بچنے کا بہترین طریقہ یہ ہے کہ صحت مندانہ زندگی بسر کی جائے ساتھ ہی باقاعدہ ورزش جاری رکھی جائے اور فریبی اور مرکزی عفونت سے بچنے کی کوشش کی جائے۔

علاج۔ ذیابیطس کا پہلا علاج جو عقلی اصول کے مطابق تھا، رولو (Rollo) نے کیا۔ اس نے حیوانی غذا کی خوراک تجویز کی جس میں نشاستہ اور شکر موجود نہ تھی یہ ۱۹۱۵ء تک یہی طریقہ نہایت عام طور پر اختیار کیا جاتا تھا اور یونین اور شحم کی بڑی بڑی مقداریں دی جاتی تھیں۔ ایسی غذا کے ساتھ ذیابیطس کے کسی مریض کے پیشاب کا شکر سے خالی ہونا مقابلہ شاذ امر تھا۔ ان تجربات نے جو ایف۔ ایم۔ ایلن (F.M. Allen) نے لبلبہ ربودہ کتوں پر کئے، اور ان سرری مشاہدات نے جو ڈان لوزڈین، گوئیلا (Guelpa) اور گراہم نے مختلف اوقات میں کئے علاج ذیابیطس میں تغذیہ کی اہمیت کو واضح کر دیا۔ عموماً اختیار کردہ طریقہ یہ ہوتا کہ پہلے فاقہ کے ذریعہ سے پیشاب کو خالی از شکر کر لیا جاتا، اور پھر غذا بتدریج بڑھتی ہوئی مقداروں میں دی جاتی، کاربوہائیڈریٹ کی درآمد کو بہ شدت محدود کر دیا جاتا، اور مریض کو مستقلاً معمول سے کم غذا دی جاتی تاکہ وہ دُبلارہے۔ کم غذا پانے والے شخص میں اساسی تحول پست ہوتا ہے، چنانچہ جزیری بافت پر کام کا بار نسبتہ کم پڑتا ہے۔ یہ امر اس وقت نہایت نفع بخش ہوتا ہے جب کہ یہ جزائر قلت زدہ ہوتے ہیں (جیسے کہ ذیابیطس میں) کیونکہ اگر ان پر کام کا بار حد سے زیادہ ڈالا جاتا ہے تو وہ بتدریج خراب و خستہ ہو جاتے ہیں۔ کثیر پروٹین والی غذا اساسی تحول کو بلند کر دیتی ہے۔ اسی کو پروٹین کا نوعی حوصلہ فعل کہتے ہیں اینٹون کے انکشاف سے ذیابیطس کے علاج میں ایک انقلاب پیدا ہو گیا ہے۔ لیکن اگرچہ اب فاقہ کی ضرورت نہیں رہی تاہم غذا کی کس قدر تحدید اب بھی عموماً ضروری ہوتی ہے بالخصوص زیادہ شدید اصابتوں میں۔

علاج کے شروع میں امکانی مرکزی سرایت کا جو ندانی راسی سرایت، عفونتی لوزتین، مرارہ، یا زائدہ دودید کی وجہ سے ہو، استیصال کر دینا چاہئے۔ علاج کا مقصد یہ ہے کہ انسولین کا استعمال ایسی مقداروں میں اور ایسے اوقات میں کیا جائے کہ دموئی شکر چوبیس گھنٹوں کے دوران میں طبعی حدود کے اندر رہے۔

اصول علاج ڈاکٹر ڈبلیو۔ پین کے ایک مریض کی دموئی شکر کی تخمینوں پر

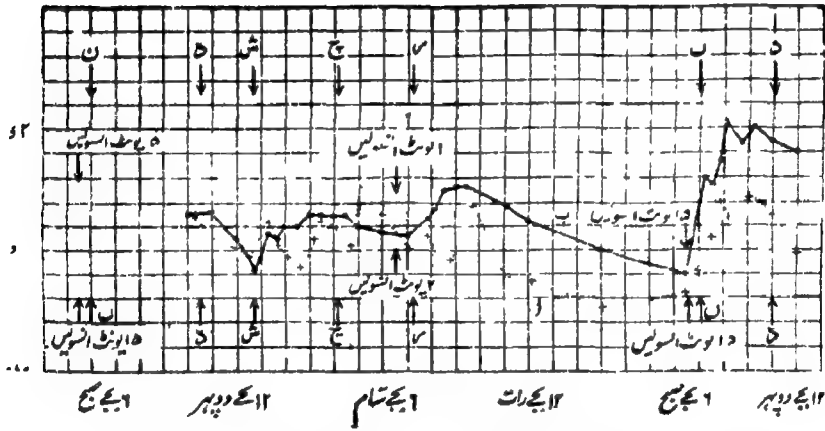
مستنبط کیا جاسکتا ہے، جو شکل ۹ میں بتلائی گئی ہیں۔ منحنی ب اوسط منحنی الف کے نسبت بلند تر ہے، کیونکہ کیفیتہ پروٹین کے بجائے کاربوہائیڈریٹ دیا گیا تھا۔ الف اور ب میں غذا وہی تھی۔ ناشتہ اور رات کے کھانے سے پہلے بارہ گھنٹے کے وقفوں سے روزانہ دو بار انسولین دینے کا اثر بہ حیثیت مجموعی ایک دو گونہ منحنی پیدا کرنا تھا، اور ایک ارتفاع کھانے کے فوراً بعد ہو کر اُس کے بعد ایک سقوط تھا۔ اس مریض میں انسولین کی ایک کیتھڈر کتر مقدار سے صبح کا ارتفاع شام کے ارتفاع کے نسبت بہت زیادہ بلند تھا۔ منحنی الف میں ارتفاع یقیناً ناشتہ سے پہلے شروع ہو گیا، اور اُس کی توجیہ اُس بڑھی ہوئی تحولی فعالیت سے ہو سکتی ہے جو بیدار ہونے پر دفعتاً واقع ہوتی ہے۔ دوسری امثالوں میں انسولین کی مساوی مقادیر کے ساتھ ممکن ہے کہ شام کا ارتفاع بلند تر ہو، اور جب انسولین کی تین معتادیں چھ بجے صبح ۱۲ بجے دوپہر اور ۹ بجے شب کو یعنی رات کے کھانے کے بعد دی جاتی ہیں تو ایک سہ گونہ منحنی حاصل ہوتا ہے جو ممکن ہے کہ رات کے وقت بھی نسبتاً ہی بلند ہو جس قدر کہ دن کے وقت، غالباً بایں وجہ کہ پروٹینی تحول کاربوہائیڈریٹ کے تحول کے نسبت زیادہ آہستہ واقع ہوتا ہے اور اس وجہ سے وہ رات تک ملتوی ہو جاتا ہے (12)۔

جب علاج ابتداء شروع کیا جاتا ہے تو مریض یا ۵ اکائیوں کے اثرات ناشتہ اور رات کے کھانے سے نصف گھنٹہ پہلے دئے جاتے ہیں۔ یہ معتاد ہر دوسرے یا تیسرے روز بقدر ۵ یا ۱۰ اکائیوں کے بڑھا دی جاتی ہے۔ اس سے پیشاب میں شکر کم ہو کر بالآخر غائب ہو جاتی ہے۔ اس درجہ میں اگر مشائخہ خالی کرنے کے بعد موی شکر کی تخمین کی جائے اور آئندہ ۵ منٹ کے دوران میں خارج ہونے والے پیشاب کا امتحان کیا جائے تو وہ ہلین کلوی کی تعیین کی جاسکتی ہے۔ اگر وہ ہلین کلوی طبعی یا معمولی (۰.۱۶ - ۰.۱۸) ہے تو چوبیس گھنٹوں کے دوران میں متواتر وقفوں پر خارج ہونے والے پیشاب میں شکر کی عدم موجودگی یہ ظاہر کرتی ہے کہ موی شکر کبھی حد سے زیادہ بلند نہ تھی۔ لیکن اگر وہ ہلین کلوی پست ہے، جیسا کہ ذیابیطس کے مریضوں کی کچھ تعداد میں ہوتا ہے تو مستقل و متوالی خالی از شکر امتحانات کی توقع



نہ کرنی چاہئے۔ پھر اگر دہلیز کلوی بلند ہے تو قارورے کے امتحانات کی کچھ اہمیت نہیں ہے۔ لیکن راقم الحروف کا تجربہ ہے کہ جب انسولین کے ذریعہ علاج اختیار کیا جاتا ہے تو بلند دہلیزات کلوی بہ سرعت طبعی ہو جاتے ہیں۔ پیچیدہ اصابتوں میں شکر کے بالآخر غائب ہو جانے کے بعد انسولین کی زیادتی کو مزید جاری رکھنا چاہئے، یا تاں کہ مریض اس کی معاد کے دو تاجھ گھنٹے بعد ایک تہایت نحیف سا قلیل شکر و موتی رد عمل (hypoglycaemia reaction) محسوس کرنے لگے، یعنی جوارح کا لرزہ پسینہ، بھوک، خلو، یا متلی، دوران سر یا چکر، ذہنی اختلالات، درد سر، اختلاجات، خستگی، غشی، سن پن، سردی یا گرمی کے احساسات اور کبھی کبھی اسہال۔ یہ علامات ان کے وقوع کے تواتر کے لحاظ سے مرتب کئے گئے ہیں (12)۔ اس ذریعہ سے مریض ایک ابتدائی درجہ میں اور طبی نگرانی میں ہونے کی حالت میں ہی محسوس کر لیتا ہے کہ انسولین کی مقررہ مقدار سے زائد ملنے کے اثرات کیا اور کیسے ہوتے ہیں۔ اس تجربہ کی بنا پر اس کا آئندہ علاج نسبتاً زیادہ وثوق و اعتماد کے ساتھ کیا جاسکے۔ اعظم معاد جس کا مریض متحمل ہو سکے گا اس مقدار سے ذرا ہی کم ہوگی جو یہ علامات پیدا کر دیتی ہے، اور یہی مقدار تجویز کرنی چاہئے، کیونکہ یہ دموی شکر کو طبعی درجہ پر اور پیشاب کو متعلقہ آغلی از شکر رکھے گی۔ ایسے ذرائع کی وساطت سے دموی شکر کے امتحانات کی ضرورت بڑی حد تک لاحق نہ ہوگی۔ اگرچہ طبی اشخاص میں دموی شکر تقریباً ۰.۰۵ تا ۰.۱ تک گھٹ جانے سے عموماً علامات پیدا ہو جاتے ہیں، آخر الذکر بعض ایسے مریضوں کو جو عرصہ دراز تک بیش شکر و موتی رہ چکے ہوں، دموی شکر کے نسبتاً بلند تر، مثلاً ۰.۴ فی صدی، ۰.۱۲ فی صدی، بلکہ ۰.۱۸ فی صدی سے بھی اوپر لے لیولوں پر محسوس ہو سکتے ہیں، جس کی وجہ غالباً یہ ہے کہ ان کا جسم عرصہ دراز سے بیش شکر و موتیت کے متوافق ہو چکا ہے (89)۔ سخت لاغر مریضوں کی حالت میں بہت احتیاط لازم ہے۔ ان کو ابتدائے علاج ہی میں کاربوہائیڈریٹ دینا چاہئے تاکہ قلیل شکر و موتیت کے شدید علامات نہ پیدا ہوں پائیں اور سہل روی کی حالت میں انسولین کی معاد بتدریج بڑھانی چاہئے تاکہ دموی شکر بتدریج کم ہو ورنہ ممکن ہے کہ سرایت شدید طور پر بھڑک اٹھے۔

ممکن ہے کہ ذیابیطس کی شدید اصابتوں میں انسولین کی ایک مقدار دو یا تین گھنٹوں میں قلیل شکر و مویت کے علامات پیدا کر دے اور پھر قبل اس کے کہ دوبارہ مقدار ۱۲ گھنٹہ کے عرصہ میں دی جائے دوسری شکر بہ سرعت بلند ہو کر شکر بولیت پیدا ہو جائے۔ یہ داعیہ ہر اس امر کا کہ انسولین کا استعمال روزانہ تین بار کرنا چاہیے یعنی، بجے صبح، ایک بجے دوپہر اور ۷ بجے شام کو، یعنی تین خاص گھانوں سے پہلے۔



شکل ۵۹۔ دوسری شکر ایک یا بیس سالہ آدمی کی جس کا وزن ۱۳۸ پونڈ تھا۔  
منہی! لف اس وقت لیا گیا جب کہ اس کو تین دن تک ایک ایسی غذا دی جا رہی جس میں ۸۰ گرام پروٹین، سبزیوں اور شحم بقیں۔ منہی ب تین دن بالکل ایسی ہی غذا کے بعد لایا کہ ۳۰ گرام پروٹین کی بجائے اتنی ہی مقدار کاربوہڈریٹ کی دی گئی جو کہ ناشتہ اور رات کے کھانے پر ڈبل روٹی اور آلوؤں کی شکل میں تھا۔ حراری قدر ۱۸۰۰ سے ذرا اوپر تھی۔ انسولین جو دی گئی۔ ن ناشتہ۔ ۵ دوپہر کا کھانا۔ ش شام کا کھانا۔ چ چائے۔ رات کا کھانا۔ دوسری شکر بیگیڈارن (Hagedorn) او جنسن (Jensen) کے طریقے سے۔

بعض اوقات انسولین کے انشراب کے بعد فوراً مریضوں کو ڈانک لگنے کی سی

کیفیت کی شکایت ہو جاتی ہے، جو انسولین کے محلول میں ترشہ موجود ہونے کی وجہ سے پیدا ہوتی ہے۔ اس کو رفع کرنے کی ترکیب یہ ہے کہ اس کی تعدیل کیلئے پیکاری کے اندر انسولین کے نصف حجم کے برابر یہ طبعی کاسٹک سڈا (1/100 N. caustic soda) کیلینج لیا جائے، جس میں ۰.۲۵ فی صدی ٹرائی کریبال (tricalsol) موجود ہو، اور انسولین کے ساتھ آمیز کر لیا جائے۔ اس کی ٹھیک مطلوبہ مقدار مختلف تجارتی چھاپ کی انسولین کے لحاظ سے مختلف ہوتی ہے، لیکن اتنی کافی استعمال کرنی چاہئے کہ جس سے پیکاری میں مُرتب انسولین کی وجہ سے نغیف سا تکر پیدا ہو جائے۔ انسولین بصورت قرص بھی دستیاب ہو سکتی ہے، جسے اشراب سے فی الفور پہلے آپ عقیقہ میں حل کر لیا جاتا ہے۔ شریادوڑے جو مقام اشراب پر بارہ گھنٹے بعد پیدا ہو کر دیا تین دن میں رفع ہو جاتے ہیں یہ بالخصوص اُن سنجاستوں کے باعث ہو جاتے ہیں جو اس خاص چھاپ کی انسولین میں موجود ہیں، لہذا اب دوسرے چھاپ کی انسولین آزما چاہئے۔ بیشتر انگریزی انسولین گائے سے بنائی جاتی ہے، اور ممکن ہے کہ اس کو بدل کر خنزیری انسولین دینا مناسب ہو۔ ممکن ہے یہ خود انسولین کی حساس کری کا نتیجہ ہوں اور چھوٹی چھوٹی اور بڑھتی ہوئی خوراکیں دے کر حساسیت رُبائی کی آزمائش کرنی چاہئے۔ انسولین کے علاج میں ایک مستقل غذا کا دینا ضروری ہے۔

بعض معیاری غذائی ضابطے

کاربوہائیڈریٹ اور شحم کی نسبت											
حرارے											
۱:۱			۱:۲			۱:۴			۱:۶		
لک	ش	پ کرا	لک	ش	پ کرا	لک	ش	پ کرا	لک	ش	پ کرا
۲۰۰	۱	۱۶	۱	۱	۶	۱	۱	۱۶	۱	۱	۶
۱۲۰۰	۹	۴۶	۶	۶	۶۴	۹	۶	۶۴	۱۰	۳	۵۲
۱۸۰۰	۱۱	۴۹	۸	۸	۷۷	۱۲	۶	۶۲	۱۳	۲	۶۶
۲۲۰۰	۱۰	۱۱۳	۱۲	۱۲	۱۰۱	۱۵	۷	۶۶	۱۶	۵	۸۱

لک = ۱۰ گرام شحم

لک = ۲۰ گرام کاربوہائیڈریٹ

مریض کی غذائی احتیاج کا سب سے پہلے اندازہ کرنا چاہئے۔ اگر اس کا وزن طبعی حدود کے اندر تصور کیا جائے تو اس کی حراری احتیاج، صفحہ ۲۷ پر 460 میں درج کی ہوئی قانون نگارش سے حاصل کی جاتی ہے۔ اس کے علاوہ اس امر کے لحاظ سے کہ وہ کس قدر ورزش کرتا ہے۔ ۵۰ فی صدی یا زیادہ تک مزید رعایت دی جاتی ہے۔ ایک قعودی کارکن کے لئے یہ ۱۰ یا ۲۰ فی صدی سے زیادہ نہ ہونی چاہئے۔ آزمائش کے بعد اس امر کے لحاظ سے کہ مریض کا وزن بڑھتا یا گھٹتا ہے، ترمیمات کرنے کی ضرورت پیش آئے گی۔ اگر مریض فروہ نہ ہو تو اس کے لئے یہی مناسب ہے کہ اس کا وزن گھٹے اور حراری قدر کا حساب اس کے تخمین کردہ وزن سے لگایا جاتا ہے جو کہ آئنلی والٹر (Ainley Walter) کی میٹریکس (2) سے طول جزیع (stem length) سے حاصل کیا جاسکتا ہے۔ بالکل پست حراری قدریں مثلاً ۹۰۰ یا ۸۰۰ کچھ عرصہ تک کام میں لانی جاسکتی ہیں۔

جدول ۳۷ جسمانی وزن (پاؤنڈ)

جسم کا طول (انچ)	مرد			عورت		
	اعظم	اوسط	اقل	اعظم	اوسط	اقل
۲۰	۳۱	۲۵	۲۱	۳۱	۲۵	۲۱
۲۲	۴۱	۳۴	۲۷	۴۱	۳۴	۲۷
۲۴	۵۲	۴۴	۳۶	۵۵	۴۵	۳۷
۲۶	۶۸	۵۶	۴۶	۶۹	۵۷	۴۷
۲۸	۸۶	۷۰	۵۷	۸۸	۷۲	۵۹
۳۰	۱۰۵	۸۶	۷۰	۱۰۹	۹۰	۷۲
۳۱	۱۱۷	۹۴	۷۸	۱۲۱	۹۸	۸۲
۳۲	۱۲۸	۱۰۴	۸۵	۱۳۳	۱۰۹	۹۰
۳۳	۱۴۱	۱۱۴	۹۴	۱۴۶	۱۱۹	۹۹
۳۴	۱۵۴	۱۲۵	۱۰۳	۱۶۰	۱۳۱	۱۰۹

مرد	عورت	اعظم	اوسط	اقل	مرد	عورت	اعظم	اوسط	اقل
۳۵	۱۶۹	۲۳۶	۱۱۲	۱۴۵	۱۱۸	۱۴۲	۱۶۲	۱۱۸	۱۱۸
۳۶	۱۸۳	۱۴۸	۱۲۲	۱۹۰	۱۲۹	۱۵۵	۱۶۵	۱۲۹	۱۲۹
۳۷	۲۰۰	۱۶۱	۱۳۴	۲۰۸	۱۴۲	۱۶۹	۲۰۸	۱۴۲	۱۴۲
۳۸	۲۱۷	۱۷۴	۱۴۴	۲۲۶	۱۵۳	۱۸۳	۲۲۶	۱۵۳	۱۵۳

(نوٹ) اعظم اور اقل اوزان طبعی افراد کی تقریباً ۵ فی صدی تعداد میں جوت اختلاف ظاہر کرتے ہیں۔ یہ دیکھا جائے گا بڑی جسامت والے اشخاص میں یہ نہایت وسیع ہے (3)۔

473

مریض زمین پر بیٹھ کر اپنی پشت کو مضبوطی کے ساتھ دیوار سے لگائے رکھتا ہے اور اس کے گھٹنے خمیدہ ہوتے ہیں۔ جسم کے طول کو زمین سے سر کی چوٹی تک انگوٹھوں میں ناپ کر اس کا مقابلہ جسم کے وزن کے ساتھ کیا جاتا ہے، جو بغیر کپڑوں کے پاؤںڈوں میں لے لیا جاتا ہے۔ اگر مریض کسی مرض کی وجہ سے حد سے زیادہ موٹا یا حد سے زیادہ ڈبلا ہو تو اس کے طبعی تحول کے حصول کا بہترین طریقہ یہ ہے کہ نصف ۳ میں اوسط وزن سے جو اس کے جسم کے طول کے متناسب ہو کام لیا جائے نہ کہ اس کے اصلی وزن سے۔ جدول ۳ عمومی استعمال کیلئے ہے جس سے کسی وقت یہ ظاہر ہو سکتا ہے کہ آیا مریض بے حد موٹا یا بے حد ڈبلا ہے۔

ذیابیطس مریض کے علاج میں آج کل اس سے زیادہ کاربوہائیڈریٹ دیا جاتا ہے کہ جتنا زمانہ ماضی میں، اور بشرطیکہ غذا کی کل حراری قدر وافر ہو انسولین کی احتیاج اس سے زیادہ نہیں ہوتی کہ جتنی پست کاربوہائیڈریٹ غذاؤں میں۔ حقیقت میں بلند کاربوہائیڈریٹ اور پست شحم والی غذا جس میں ۶۰ کی نسبت ہو، ایک قریب مریض میں دموی شکر کو گھٹا کر طبعی تک لاینے میں کامیاب ہو جاتی ہے بغیر اس کے کہ انسولین کی ضرورت پڑے۔ لیکن اگر اس قسم کی غذا کو طویل مدت کے لئے استعمال کرنا پڑے تو پھر حیات میں لا اور د مزید دینی چاہئیں۔ غذا میں تجویز کرنے میں سہولت پیدا کرنے کے لئے، مصنف نے کئی ایک غذائی ضابطے نکالے

میں جن میں سے بعض جدول میں دئے گئے ہیں۔ ہر ضابطہ میں ۲۰ گرام کے کاربوہائیڈریٹ راتوں کی، اگر اگرم کے شحمی راتوں کی اور گراموں میں پروٹین کی ایک مقررہ تعداد ہے۔ اوپر کی سطح کو جو کہ ۲۰۰ حراروں کے متناظر ہے، جمع اور تفریق کر کے مزید ضابطے نکالے جاسکتے ہیں۔ ان نسبتوں کے نکالنے میں اس امر کا بالکل لحاظ نہیں کیا گیا کہ پروٹین کاربوہائیڈریٹ یا شحم کا ماخذ ہو سکتی ہے۔ ایسے حسابات حد سے زیادہ فرضی ہوتے ہیں اور بلند تر کاربوہائیڈریٹ والی غذاؤں میں شحم کا گلسہ ان کاربوہائیڈریٹ کے ماند کی حیثیت سے کچھ اہمیت نہیں رکھتا۔ کاربوہائیڈریٹ ۱۰ شحم میں ۲:۱ کی نسبت نہایت عام طور پر مفید پائی جائے گی، لیکن بچوں کے لئے ۴:۱ اور ایک بلند تر کاربوہائیڈریٹ والی غذا صلابت شہرائیں، ذبحہ صدریہ، عفونت اور سل ریوی میں خاص طور پر مفید ہوگی۔ قدیم رواج کی غذا ۱:۱ کے متناظر تھی۔ کاربوہائیڈریٹ اور شحم کے راتب فہرست الف، ب اور ج سے حاصل کئے جاتے ہیں جو ہر غذائی اشیاء کی وہ مقدار بتاتی ہیں جو کہ پورے یا آدھے کاربوہائیڈریٹ یا شحمی راتب کے متناظر ہے اور فہرست د میں ایسی غذا میں درج ہیں جن میں کاربوہائیڈریٹ، شحم اور پروٹین موجود ہے، اور گھر میں معمولی استعمال کے لئے چند مرکب اغذیہ درج ہیں۔ ذیابیطسی مریض ہر وہ غذا کھا سکتا ہے جو کہ معمولی موضوع عادتاً کھاتا ہے، بشرطیکہ اس کے اجزاء معلوم ہوں اور غذاؤں کی اس اسکیم کے ذریعہ مریض خاندان کے معمولی کھانوں میں شریک ہو سکتا ہے۔ اس سے کہیں زیادہ تفصیلی فہرست جس میں ۲۰۰ مرکب اغذیہ درج ہیں، کسی دوسری جگہ شائع کی جا رہی ہے (54)۔ شکوائیہ کھانے (dishes) عام طور پر انسولین کے ذرا ہی بعد لینا چاہئیں یعنی ناشتہ اور رات کے کھانے پر۔ لیکن بہت سے طبیب اس کو بالکل منع کر دیتے ہیں۔ سبزیوں کے لئے رعایت دی جاتی ہے، لیکن آلوؤں، سیم کی پھیلوں (butter beans) اور مٹروں کے سوا ان کو تولنے کی ضرورت نہیں۔ صاف بخنی آواز اور طور پر لے سکتے ہیں۔ الکھل دینے میں وہ مقصد نہیں ہو سکتا جو کہ زمانہ ماضی میں ہوتا تھا اور بہتر یہ ہے کہ اس سے اجتناب کیا جائے۔ بیروں (beers) میں ۴ تا ۶ فی صدی کاربوہائیڈریٹ موجود ہوتا ہے۔ میٹھا کرنے کے لئے

سکیرین (saccharine) استعمال کر سکتے ہیں۔ یہ غذائی جدولیں بیشتر کاربوہائیڈریٹ اور شکر سے اعتنا کرتی ہیں۔ پروٹین کو کم و بیش کرنا زیادہ اہمیت نہیں رکھتا کیونکہ اس کی احراری قدر اس سے کم ہوتی ہے کہ جتنی شکر کی۔ یہ زیادہ سہولت دہ ہوگا کہ غذا کو گراموں میں تو لایا جائے، اور ان کسروں (fractions) کے جھگڑے میں نہ پڑا جائے جو کہ انہیں استعمال کرنے میں پیدا ہوتی ہیں۔ جدولوں میں دونوں ٹاپ رائے گئے ہیں۔ ان کاربوہائیڈریٹس کو زیادہ تر ناشتہ اور رات کے کھانے کے ساتھ انسولین سے سموڑی دیر بعد دینا چاہئے، لیکن خفیف اصابتوں میں ان کی کچھ مقدار دوپہر کے کھانے کے وقت، بلکہ شام کی چائے کے ساتھ بھی دیجا سکتی ہے۔ کاربوہائیڈریٹ کی بڑی مقداروں کے ساتھ اکثر یہ مناسب ہے کہ انسولین کھانے سے پون گھنٹہ بلکہ ایک گھنٹہ یا اس سے بھی زیادہ پہلے دی جائے تاکہ وہ اپنا اعظم اثر کھانے سے ایک تا دو گھنٹے بعد اس وقت ظاہر کرے جب کہ دموئی شکر بھی اپنے درجہ اعظم پر ہوتی ہے۔ لیکن اگر انسولین کو بہت پہلے دیا جائے گا تو رد عمل کھانے سے پہلے یا کھانے کے دوران میں واقع ہو جائے گا۔

انسولین کے علاج کیلئے مریض کا انتخاب۔ کلوی شکر بولیت کے لئے انسولین نہیں استعمال کرنا چاہئے۔ دورانِ حمل کی شکر بولیت اکثر اوقات اسی نوعیت کی ہوتی ہے۔ لیکن جہاں حمل کے ساتھ حتمی ذیابطس بطور ایک پیچیدگی کے موجود ہو، اس عورت کو اس امر کے انتخاب کا اختیار دینا چاہئے کہ حمل کو ختم کر دیا جائے یا نہیں اور اگر حمل ختم نہ کیا جائے تو انسولین کا علاج شروع کر دینا چاہئے۔ شکر بولیت اور پیش شکر دمویت کے تقریباً تمام مریضوں میں علامات کو رفع کر دینے میں جو کامیابی انسولین سے حاصل ہوتی ہے اس سے ظاہر ہوتا ہے کہ ایسی تمام اصابتوں میں اولیٰ نقص لسلہ میں ہوتا ہے، لہذا قریب عقل یہی ہے کہ اس قلت کی تعویض کے لئے انسولین استعمال کی جائے، اور جب پیچیدگیاں جیسے کہ گنگرین، نزول المائسل روی، ذبحہ صدریہ وغیرہ موجود ہوں تو یقیناً یہی کرنا چاہئے۔ نہایت خفیف معشر مریضوں کی حالت میں انسولین اور شکر میں ۱:۱ کی نسبت رکھنے والی غذا جس کے حرارے ذرا پست ہوں دموئی شکر کو گھٹا کر

## فہرست الف۔ ۲۰ گرام کاربوہائیڈریٹ کے راتب (کس)

ان مقدار میں پروٹین بھی ہوگا

گرام	اونس	یا	۲۰ گرام کاربوہائیڈریٹ موجود نہیں
۲	$\frac{1}{8}$	۲۶	موتیا جو (pearl barley)
			سیر کی چلی کی ایک قسم (butter beans)
۸	۵	۱۳۹	اس وقت جبکہ وہ دسترخوان پر چنی جائے۔
۲	$\frac{1}{8}$	۲۴	پن بیکٹ (H&P) (water bisruit)
۳	$\frac{1}{8}$	۲۵	چپے کیپٹن بیکٹ (captain biscuit)
۳۵	$1\frac{1}{8}$	۳۸	روٹی چھنڈے ہوئے آٹے کی
۵	$1\frac{1}{8}$	۴۹	بے چھنڈے ہوئے آٹے کی (Hovia)
۰	$1\frac{1}{8}$	۳۲	خشک کردہ کشمش
۳	۱	۲۶	آٹا
۳	$\frac{1}{8}$	۲۶	فورس (force)
			+ گولڈن سیرپ لائل کا (Lyle's)
۰	۱	۲۶	golden syrup)
۰	$\frac{1}{8}$	۲۵	+ شہد
۳۵	۱	۲۶	کرونی (Macaroni)
			+ مارٹینڈ کوپر (Cooper) کا
۰	$1\frac{1}{8}$	۳۵	آکسفورڈ کا
۵	۱	۳۰	جی کا آٹا (oat meal)
۱۱۵	۶	۱۷۳	مٹر تازہ اُبلے ہوئے
۲	۰.۵	۱۴۲	آلو نئے اُبلے ہوئے
۲	۲	۱۱۵	پُرانے
۲	۱	۲۸	پاول توڑے ہوئے (اور پھر دھوئے ہوئے)
۳۵	$\frac{1}{8}$	۲۶	سگودانہ



ان مقداروں میں پڑیں بھجنا چاہئے

مندرجہ ذیل میں ۲۰ گرام کاربوہائیڈریٹ موجود ہیں گرام یا اونس

شکر ۲۱  $\frac{3}{4}$  اونس

کسادا کی سوچی (tapioca) ۲۲  $\frac{3}{4}$  اونس

فہرست ب - نصف کاربوہائیڈریٹ ریٹ (۱۰۰ گرام)

پھل، جوارہ اور پختہ ہوں الا اس صورت میں کہ ان کے خلاف بیان کیا جائے اور خوردنی حصہ کو تولا جائے۔

پھل

مندرجہ ذیل میں ۲۰ گرام کاربوہائیڈریٹ موجود ہیں گرام یا اونس

سیب ۹۲  $\frac{1}{4}$  اونس

خوبانی (apricot) ، چھلکے سمیت، لیکن گٹھلیوں کے بغیر ۱۶۲  $\frac{3}{4}$  اونس

کیلا ۵۶ ۲ اونس

بلیک بیرری (blackberries) ۱۴۴  $\frac{1}{2}$  اونس

شاہد دانہ (cherries) ۹۳  $\frac{1}{4}$  اونس

کشمش، سیاہ ۱۶۶  $\frac{4}{8}$  اونس

کشمش، سرخ ۲۵۵ ۹ اونس

آلو بخارا (damsons) ۱۱۵ ۴ اونس

گوس بیرری (goosecherries) ۱۲۰  $\frac{1}{4}$  اونس

انگور ۷۲  $\frac{1}{4}$  اونس

گرین گیج (greengages) ۹۳  $\frac{1}{4}$  اونس

نیلو ملن (yellow melon) ۲۱۸  $\frac{2}{4}$  اونس

نارنگی ۱۶۴  $\frac{1}{4}$  اونس

آٹو ۱۱۸  $\frac{1}{2}$  اونس

ناشپاتی ۱۰۴  $\frac{2}{4}$  اونس

اناس، ٹین بند ۳۱ ۱ اونس

پلم (Victoria) (plum) ۱۱۳ ۴ اونس

مندرجہ ذیل میں ۱۰ گرام کاربوایڈریٹ موجود ہیں

اونس

گرام

پُرُون (prunes) جو معہ گٹھلیوں کے دیمی آج پر

۲

۸۲

پکائے ہوئے جوں

۶ ۱/۲

۱۹۶

رَس بھری (raspberries)

۶ ۱/۲

۱۷۷

اسٹابری (strawberries)

ان میں پروٹین ناقابل التفات ہے

سبزییاں

گروہ ۱

مندرجہ ذیل کی معمولی مقدار :-

سویدی شلجم (swedes)  
نصف چمچا گریپ فروٹ (grapefruit)

پسیاز  
پارسنپ (parsnip)

چقندر  
ساجر

گروہ ۲

مندرجہ ذیل کی اتنی مقدار کہ جتنی خواہش ہو :-

مولی  
ریوند چینی  
بحری گوہی (sea kale)  
اسفناج (spinach)  
نثار

یروشلم آرنی چوک (Jerusalem celery)  
کھیرا  
فرانسیسی پھلیاں (French asparagus)  
برسلز سپروٹز (Brussel's beans)  
کاجو (lettuce)  
سپروٹس (sprouts)

کرم کلمہ (cabbage)  
پھول گوہی (cauliflower)  
گہیا کھو (marrow)  
مٹھائی کریم (mustard & cress)  
سلاد آبی (watercress)

فہرست ج - نصف شحمی راتب (۱/۲ ش س)

ان مقداروں میں اتنی پروٹین بھی ہے

گرام

اونس

گرام

مندرجہ ذیل میں ۱۰ گرام شحم موجود ہے

۴۵

۱ ۱/۲

۱۵

پنیر شڈر (cheddar)

ان مقداروں میں اتنی پڑھیں جو بڑے

475

گرام

اوس

گرام

مندرجہ ذیل میں ہر گرام تکم موجود ہے  
پنیر، ڈالندی (Dutch)

انڈا، ایک عدد

## مچھلی وغیرہ

خوردنی حصہ پکایا جاتا ہے

ان مقداروں میں اتنی پڑھیں جو بڑے

گرام

اوس

گرام

مندرجہ ذیل میں ہر گرام تکم موجود ہے  
بلوٹر (bloaters)، کباب کی ہوئی

۶

۱

۲۹

ایل (eel)، دھیمی آنچ پر پکی ہوئی۔

۳

۱

۲۸

ہرننگ (herring)، تلی ہوئی

۶

۱

۲۶

کپرز (kippers)، تنور میں بھنی ہوئی۔

۱۰

۱ ۱/۴

۴۴

میگل (mackerel)، تلی ہوئی

۹

۱ ۱/۴

۴۴

سارڈینز (sardines)

۴۵۵

۲ ۱/۲

۲۲

سپرائز (sprats)، دھوئیں میں کھائی ہوئی

اور کباب کی ہوئی۔

۵۱۵

۳/۴

۲۱

سفید مچھلی (white fish)، بھاپ سے

پکائی ہوئی۔

۱۵

۲ ۱/۴

۷۰

کیکرڈ (crab)، بلا سی کے

۱۵

۲ ۱/۴

۷۰

جھینگا مچھلی، بلا سی کے +

۱۵

۲ ۱/۴

۷۰

چھوٹی جھینگا مچھلی، بلا سی کے +

۱۵

۲ ۱/۴

۷۰

+ اس میں ۴ گرام کھن ملاؤ

## گوشت

سورکا نمک لگایا ہوا اور کھایا ہوا گوشت

۴

۱ ۱/۴

۱۵

گردن کا پٹھہ اور ران کا۔

سرد کی بے چربی کی ران، نمک لگائی ہوئی اور

دھوئیں میں پکائی ہوئی۔

۸۵۵

۱ ۱/۴

۳۷

ان مقداروں میں اتنی پروٹین موجود ہے

گرام	اونس	گرام	مقدار ذیل میں ہر گرام شحم موجود ہے
۱۱	$1\frac{1}{4}$	۴۰	کھانے کی پیٹھ کا گوشت، بے چربی کا
۱۸	۲	۵۸	گوشت کا قتلہ، دھیمی آنچ پر پکا ہوا، اس میں چربی نہیں ہے،
۱۲.۵	$1\frac{1}{4}$	۴۳	بجھڑے کی پنڈلی کا گوشت، بے چربی کا، لپٹا ہوا
۸	۱	۳۰	بریاں کیا ہوا۔
			دیگر گوشت، بے چربی کا

## اعضا

۸.۵	$1\frac{1}{4}$	۳۲	قلب بریاں کیا ہوا
۱۵.۵	۲	۵۵	گرود، کھلا ہوا
۱۰	۱	۳۲	مگر
۱۲.۵	۲	۵۵	لبلب، دھیمی آنچ پر پکا یا ہوا
۴	$\frac{3}{4}$	۲۱	دبان، دھیمی آنچ پر پکائی ہوئی
۱۵	۳	۴۳	اوجھڑی، دھیمی آنچ پر پکائی ہوئی

## مرغیاں بطخ وغیرہ

۲۰	$2\frac{1}{4}$	۶۸	چوزہ بریاں کیا ہوا
۵	$\frac{3}{4}$	۲۱	بطخ، دھیمی آنچ پر پکائی ہوئی
۶	$\frac{3}{4}$	۲۲	ہنس
۱۵	$1\frac{1}{4}$	۴۲	پارٹریج (partridge)
۱۶	۲	۵۴	فیزنسٹ (pheasant)
۱۷	$2\frac{1}{4}$	۴۳	لارٹ (rabbit)، دھیمی آنچ پر پکا یا ہوا
۱۹.۵	$2\frac{1}{4}$	۴۳	پیرو (turkey)، بریاں کیا ہوا

فہرست د - وہ غذا جس میں کاربوہائیڈریٹ، شحم اور پروٹین موجود ہیں

گرام	اونس	گرام	مقدار ذیل غذاؤں میں
۴	$\frac{1}{4}$	۲۰۰	وہ مکھن سبزی میٹروں میں پاپا ہوا

مندرجہ ذیل غذاؤں میں	گرام	اونس	لبر	ش	گرم
	۲۶۰	۱۳	۱	$1\frac{1}{4}$	۱۳
	۵۰۰	۲۰	$1\frac{1}{4}$	۲	۲۰
بسکٹ					
باتھ اولیور (bath oliver) ( $2\frac{1}{4}$ پز)	۴۶	$1\frac{1}{4}$	$1\frac{1}{4}$	$\frac{1}{4}$	۴۵
بریکفاسٹ (breakfast) (۷)					
(H & P)	۵۴	۲	۲	$\frac{1}{4}$	۵۵
کریم کرکیر (cream cracker)					
(H & P) (۷)	۵۶	۲	۲	۱	۴۵
پتی بیور (Petit Beurre) ( $2\frac{1}{4}$ )					
P.F	۴۴	$1\frac{1}{4}$	$1\frac{1}{4}$	$\frac{1}{4}$	۴۵
شارٹ بریڈ (shortbread)					
(P.F) ( $2\frac{1}{4}$ ) (Grenock)	۳۴	$1\frac{1}{4}$	۱	۱	۲۵
+ چاکولیٹ (chocolate) بورنویل					
(Bournville)	۵۶	۲	$\frac{1}{4}$	$1\frac{1}{4}$	۱۰
+ چاکولیٹ بریکفاسٹ (chocolate)					
(cadbury) breakfast)	۲۶	۱	۱	-	۱۵
سپاریاں (nuts)					
برازیل (brazil)	۱۵	$\frac{1}{4}$	-	۱	۲۵
جوز (chestnut)	۷۵	$2\frac{1}{4}$	۱	$\frac{1}{4}$	۴۵
فلبرٹز (filberts) (۵ اگرام ذیل)					
روٹی ملاؤ	۱۵	$\frac{1}{4}$	$\frac{1}{4}$	۱	۲
اخروٹ	۱۶	$\frac{1}{4}$	-	۱	۲
مختلف					
+ ۱- فروٹ کیک (fruit cake)	۳۹	$1\frac{1}{4}$	۱	$\frac{1}{4}$	۲

سندرج ذیل غذاؤں میں	گرام	اونس	لٹر	ش س	گرام ہجڑ میں
۲+ - اسفنج کیک (sponge cake)	۳۷	$1\frac{1}{4}$	۱	$\frac{1}{4}$	۲
۳ - پنیر کی لاریں (cheese straws)					
نصف میں دی ہوئی مقدار کا					
ایک چوتھائی حصہ -	۵۳	$1\frac{1}{8}$	۱	۱	۸۰۵
۴ - پنیر کے ساتھ پکی ہوئی مکرونی (macaroni cheese) - نصف					
پانگ -	۲۰۰	۷	$1\frac{1}{4}$	$1\frac{1}{4}$	۱۶۵۵
۵ - آلوؤں کا بھرتا - نصف مقدار	۱۲۰	$4\frac{1}{2}$	۱	$\frac{1}{4}$	۲۷۵
۶ - (۱) پھینٹ کر بنائی ہوئی پڈنگ					
بھاپ پکائی ہوئی - نصف پڈنگ	۱۵۰	$5\frac{1}{4}$	$1\frac{1}{4}$	۱	۱۱
(ب) پھینٹ کر بنائی ہوئی پڈنگ					
تور میں بھنی ہوئی - نصف پڈنگ	۱۳۰	$4\frac{1}{4}$	$1\frac{1}{4}$	۱	۱۱
۷ - ڈبل روٹی اور کھن کی پڈنگ -					
نصف پڈنگ	۱۷۰	$6\frac{1}{4}$	$1\frac{1}{4}$	۱	۱۰۷۵
۸ - خوش مزہ پڈنگ - نصف پڈنگ	۲۱۰	۷	۱	$1\frac{1}{4}$	۱۱
۹ - (۱) سوٹ (suet) کی پڈنگ					
بھاپ پکائی ہوئی - نصف پڈنگ	۵۹	۲	۱	۱	۴
(ب) سوٹ کی پڈنگ - تور میں					
بھنی ہوئی - نصف پڈنگ	۴۷	$1\frac{1}{2}$	۱	۱	۴
۱۰ - یارک شائر (Yorkshire) کی					
پڈنگ -	۸۳	۴	$1\frac{1}{4}$	۱	۱۱
۱۱ - ڈبل روٹی کی بھرتی - نصف مقدار	۲۸	۱	$\frac{1}{4}$	$\frac{1}{4}$	۲
+ وہ غذا ایس جمن پر یہ نشان ہے ۱۰ - ۱۱ گرام سے زیادہ حل پذیر کاربوہائیڈریٹ پر مشتمل ہوتی ہیں اور					
صرف لمبیب ہی ان کی اجازت دے سکتا ہے -					

## نسخہ

(۱) فوٹ کیک -  $\frac{1}{2}$  پونڈ آٹا -  $\frac{1}{2}$  پونڈ سمرنالی کشمش -  $\frac{1}{2}$  پونڈ شکر -  $\frac{1}{2}$  پونڈ مکس - ۲ انچے -  $\frac{1}{4}$  اونس دودھ - ۱۰ گرام رائل بیکنگ پوڈر (royal baking powder) - بی سون فل - تنور میں ایک گھنٹہ۔

(۲) صفحہ کیا - ۱ اونس آٹا -  $\frac{1}{2}$  پونڈ شکر - ۲ اونس مکس -  $\frac{1}{4}$  اونس دودھ - ۲ انچے - ۵ گرام بیکنگ پوڈر (ہمواری بی سون فل) - تنور میں ۳۵ منٹ۔

(۳) پنیر کی لوزیں (cheese straws) - ۵۰ گرام ( $\frac{1}{4}$  اونس) پنیر (پارما (parma) کا) ۱۳۰ گرام (۴ اونس) آٹا ۶۲ گرام ( $\frac{1}{4}$  اونس) مکس ایک انڈے کی زردی  $\frac{1}{2}$  اونس پانی، نمک، تیامرج - آٹا چھان لو، مکس ملا کر نوٹو گھس کر پھیلا ہوا پنیر اور سالے ملاؤ اور خفیف طور پر پھینٹی ہوئی انڈے کی زردی اور پانی کے ذریعہ چپکاؤ کر جس سے ایک سخت پیڑا بن جائے، اس کو ہلکے سے گوندھو، بیلن کے ذریعہ اسکو پتلا پھیلاؤ اور کاٹو۔ تنور میں مدت ۱۵ منٹ۔

(۴) پنیر کے ساتھ پکی ہوئی مکرونی (macaroni cheese) - ۴۰ گرام (۲ اونس) مکرونی (۲ یا ۳ گرام پکا اونس) سبکیٹی (spaghetti) چٹنی - ۱۱ کے اجزا ۶۲ گرام ( $\frac{1}{4}$  اونس) تدریز: مکرونی کو پانی میں ایک گھنٹہ تک جگمگاتے ہوئے رکھو، پھر نمک ملا کر چوش دیانیک کی نرم ہو جا، پھر چھان لو تیز چٹنی تیار کر کے اس میں مکرونی اور بیشتر حصہ پنیر کا ملاؤ، رائی اور نمک کے ذریعہ ٹوب سالاد بناؤ، پھر پڈنگ کے کٹولے میں منتقل کرو، بقیہ پنیر کو پڈنگ کے اوپر چھڑک دو، اور تنور میں بھورا کرو۔ مدت ۴۵ منٹ۔

(۵) آلوؤں کا بھرتا - ۲۰۰ (۲ گرام) پھلے ہوئے پرانے آلوؤں کو چوش یہاں تک کہ وہ نرم ہو جائیں پانی کو پھینک کر خفیف سی بھاپ دو تاکہ وہ پورے پک جائیں۔ اس طرح پکانے پر وزن میں کوئی تبدیلی نہیں ہوتی۔ ایک اونس دودھ ۱۲ گرام ( $\frac{1}{2}$  اونس) مکس کے ہمراہ بھرتا بناؤ اور سیاہ مرچ ملاؤ۔

(۶) پھینٹ کر بنائی ہوئی پڈنگ - (۱) ۵۰ گرام ( $\frac{1}{4}$  اونس) آٹا، ایک انڈا ۶ اونس دودھ ۱۲ گرام ( $\frac{1}{2}$  اونس) مکس تیلے کے لئے - آمیز کرؤ، پھینٹو اور ڈھانک کر رکھا رہنے دو گا ہے گا ہے پھینٹو۔ پھر بھاپ دینے والے ظرف کو گرم کرو،

جب کہ کھن اچھی طرح گھملا ہوا ہو۔ مدت ایک گھنٹہ۔ (ب) اس کو ۴ منٹ تنور میں بھونا جاتا ہے۔

(۷) ڈبل روٹی اور مکھن کی پلنگ - ۷۷ گرام (۲ اونس) چھنے ہوئے آٹے کی روٹی، ۶ گرام (۱/۲ اونس) کھن، ایک انڈا، ۱۰ اونس دودھ، ۱۱ گرام (۱/۲ اونس) سمرنا کی کشمش۔ مدت دو گھنٹہ۔

(۸) خوش ذائقہ پلنگ - ۷۷ گرام (۲ اونس) چھنے ہوئے آٹے کی روٹی کے ٹکڑے، ۶ گرام (۱/۲ اونس) کھن، ۲ انڈے، ۷ اونس دودھ، معتدل جامت کا ایک پیاز، مخلوط بوٹیاں یا کٹی ہوئی پارسے (parsley)، سیاہ مرچ اور نمک۔ پیاز کے ٹکڑے کر کے ٹکین پانی میں جوش دو یہاں تک کہ وہ نرم ہو جائے، انڈوں کو پھینٹو، اجزا کو آمیز کرو اور اور بوٹیوں، سیاہ مرچ اور نمک کے ذریعہ خوب سالہ دار بناؤ، کٹورے میں کھن لگاؤ اور ۵۰۔۶۰ منٹ تک تنور میں بھونو۔

(۹) سویٹ کی پلنگ - ۶۹ گرام (۱/۲ اونس) آٹا، ۲۲ گرام (۱/۲ اونس) ٹکڑے کی ہوئی سویٹ (Atora)، ۱/۲ اونس دودھ، ۴ گرام رائل بیکنگ پوڈر، نمک۔ آٹے، بیکنگ پوڈر اور نمک کو چھان لو۔ سویٹ ملاؤ، پھر دودھ ڈال کر اس کو چھری کے ذریعہ خوب آمیز کرو۔ آمیزہ کو ۱/۲ میں پھیل پر ایک ”ٹوپی“ کی صورت میں لگانے کے لئے چاقو استعمال کرو۔ (۱) اس کو چربی بند کاغذ کے ذریعہ ڈھانک دیا جاتا ہے اور ۸ منٹ تک بھاپ پر پکایا جاتا ہے یا (ب) تنور میں ۳۰ منٹ تک بھونا جاتا ہے۔ (ج) اگر ایک سلور سائیڈ سٹو (silverside stew) میں ڈمپلنگز (dumplings) کی ضرورت ہو تو ۶ گرام (۱/۲ اونس) آٹا آمیزہ میں اور ۱۱ گرام (۱/۲ اونس) آٹا ڈمپلنگز کو ڈانکنے کے لئے استعمال کرو۔

(۱۰) یاسرک شائر (Yorkshire) کی پلنگ - وہی آمیزہ جو کہ ۷ میں ہے، لیکن ڈش (dish) کو بھوننے کے لئے کھن کی بجائے چربی (dripping) استعمال کرو، تنور میں ۲۵ منٹ۔

(۱۱) سفید چینی کا گھان (pouring) - ۴۴ گرام (۱/۲ اونس) آٹا، ۴۴ گرام (۱/۲ اونس) کھن، ۶۱/۲ اونس دودھ، نمک اور سیاہ مرچ۔ کھن کو گھملاؤ اور آٹے سے تھ



نیز کرو دودھ کو آہستہ آہستہ ملاؤ، شروع سے آخر تک ہلاتے جاؤ، اور ہر اضافہ کے بعد چش دو۔ ۵ منٹ تک جوش دو۔ سالے ملاؤ۔

(۱۲) ڈبل روٹی کی بھرتی یا قیما کی بھرتی (force-meat) - ۲۹ گرام

(ایکٹنس) چھنے ہوئے آٹے کی روٹی کے ٹکڑے، ۱۲ گرام (چو اونس) کھن، مارگریٹ (margarine) یا چربی (dripping)، ۱/۲ اونس دودھ، مخلوط بوتیاں، سیاہ مرچ اور نمک کھن کو روٹی کے ٹکڑوں میں ملا کر ٹو، سالے ملاؤ، آمیز کرو، اور دودھ سے ترکرو۔ کائے کے گوشت یا بکھرے گوشت کے پارچوں کے لئے جو سبزیوں میں لپیٹ کر دم پخت کئے جاتے ہیں، یا بکریلئے استعمال کرو۔ اس سے زیادہ مقدار میں پرندوں، شکاری کے جانوروں، گیلنٹائنسنز (galantines) یا مچھلی میں بھرنے کے لئے یا گولوں کی صورت میں بنا کر بالنگ شاک (boiling stock) میں ۱۰ منٹ تک دم پخت کرنے کے لئے۔ پکانے میں ۶ گرام (۱/۲ اونس) آٹا استعمال کرنا چاہئے۔

۱۴۰۰ حرارے - نسبت لٹ اور ش کی = ۱:۲

۱ ۱/۲ لٹ س، ۱/۲ ش س، ۶۴ گرام پ، ۱۳۰ گرام لٹ، ۶۵ گرام ش، ۶۴ گرام پ  
گرام اونس لٹ س ش گرام پ

۱۰۰۰ (۱/۲ اونس) (۱/۲ پائٹ) - - - ۱/۲ ۱/۲ ۷  
دن بھر (اک س، ۱/۲ ش س) سبزیوں (فہرست ب) نصف چھوٹے

۴۲۲ - - - ۱/۲ - - - گریب فوٹ سمیت -  
۱۰۰۰ - - - ۲ ۱ ۱/۲ ۷۶ - - - چھنے ہوئے آٹے کی روٹی

۲ لٹ س، ۱/۲ ش س، سور کا نمک لگایا ہوا

اور سکھایا ہوا گوشت

گودن کا یا پٹھ اور

ران کا، تھلا ہوا

۳۰ ۱ - ۱ ۸ (فہرست ج، دوسرے)



گرام	اونس	کے	ش	گرام پ	
-	-	$\frac{1}{4}$	$\frac{1}{4}$	-	دودھ، اونس (پلٹ پائٹ)
-	-	$\frac{1}{4}$	-	-	سبزیاں (فہرست ۱) نصف
-	-	$\frac{1}{4}$	-	-	چھوٹے گریپ فروٹ سمیت
۱۱۳	۳	۳	-	۱۰.۵۵	ڈبل روٹی
					ناشتہ
					(۳ کڑا ۲ ش ۱) سوکھا نمک لگایا ہوا اور کھلایا
					گوشت گرون کا یا پٹھان درن
۳۰	۱	-	۱	۸	کا ملا ہوا (فہرست ج ۲ حصہ)
					ٹماٹر (فہرست ب)
-	-	-	$\frac{1}{4}$	۶	انڈا (۱) (فہرست ج ۲ حصہ)
۱۲	$\frac{3}{8}$	-	۱	-	کھن (فہرست ج ۲ حصہ)
					شام کا کھانا
					بے چربی کا گوشت (فہرست
۶۰	$2\frac{1}{8}$	-	۱	۱۶	(اکڑا ۲ ش ۱) ج ۲ حصہ)
					اُبلے ہوئے آلو پڑنے (فہرست
۱۱۵	۲	۱	-	۲	(و ۱ حصہ)
۱۲	$\frac{3}{8}$	-	۱	-	کھن
					سبزیاں (فہرست ۱)
					نصف چھوٹا گریپ فروٹ
					چائے
					سلاد (فہرست ۱)
					(پلٹ ۲ ش ۱) ڈبل روٹی (فہرست ۱)
۱۹	$\frac{3}{8}$	$\frac{1}{4}$	-	۱۵	$\frac{1}{4}$ حصہ)
۶	$\frac{1}{4}$	-	$\frac{1}{4}$	-	کھن
					سارڈین چھلایا (فہرست ج ۲
۲۲	$\frac{3}{8}$	-	$\frac{1}{4}$	۴.۵	۱ حصہ)
۴۵	$1\frac{5}{8}$	-	$1\frac{1}{4}$	۱۳.۵۵	شڈرینیر (فہرست ج ۲ حصہ)
					رات کا کھانا

گرام	اوس	لک	ش	گرام پ
۱۳	$\frac{4}{5}$	-	۱	-
۹۵	$\frac{2}{3}$	$\frac{2}{3}$	-	۸۵
-	-	$\frac{1}{4}$	-	-
کمن				
ڈبل روٹی				
پھل (فہرست ب' حصہ)				
۸۱	$\frac{1}{4}$	$\frac{1}{4}$	-	-

۲۲۰۰ حرارے - نسبت لک اوش کی ۱۰۰

(۱۰۰ لک ۱۰۰ ش ۱۰۰ گرام پ) (۱۰۰ گرام لک ۱۰۰ گرام ش اور ۱۰۰ گرام پ)				
گرام	اوس	لک	ش	گرام پ
-	-	$\frac{1}{4}$	$\frac{1}{4}$	۶
دن بھر دودھ، اوس (لک پانٹ)				
(۱۰۰ لک ۱۰۰ ش ۱۰۰ گرام پ) سبزیاں (فہرست ب' نصف)				
-	-	$\frac{1}{4}$	-	-
چھوٹے گریپ فروٹ سمیت				
۱۱۴	۲	۲	-	۱۴
ڈبل روٹی				
(۱۰۰ لک ۱۰۰ ش ۱۰۰ گرام پ) سدا کانک لگایا ہوا اور کھلایا				
ہوا گوشت گردن یا ٹیڈ اور				
۳۰	۱	-	۱	۸
دان کا ٹکڑا ہوا (فہرست ج' حصہ)				
-	-	-	۱	-
ٹماٹر (فہرست ب')				
انڈے (۲) (فہرست ج')				
-	-	-	۱	۱۴
کمن (فہرست ج' حصہ)				
۱۲	$\frac{3}{4}$	-	۱	-
پھل (فہرست ب' حصہ)				
-	-	$\frac{1}{4}$	-	-
شام کا کھانا				
ابلی کھلی دھیمی آج پر کچی چوٹی				
۸۴	۲	-	$\frac{1}{4}$	۹
(فہرست ج' حصہ)				
اُبلے ہوئے آلو (فہرست و')				
۱۱۵	۴	۱	-	۲
حصہ -				

گرام	اونس	لبر	شیر	گرام پ
۱۹	$\frac{5}{8}$	$\frac{1}{4}$	-	۱۵
۱۸	$\frac{5}{8}$	-	$\frac{1}{4}$	-
چائے سلا (فہرست ب)				
۳۸	$\frac{1}{4}$	۱	-	۳۵
۲۲	$\frac{2}{3}$	-	$\frac{1}{4}$	۲۱۵
۶	$\frac{1}{4}$	-	$\frac{1}{4}$	-
۲۵	$\frac{5}{8}$	-	$\frac{1}{4}$	۱۳۵
۱۱۲	۲	۳	-	۱۴
۱۸	$\frac{5}{8}$	-	$\frac{1}{4}$	-
-	-	$\frac{1}{4}$	-	-
پہل (فہرست ب) (احد)				
۸۹۰	$\frac{1}{4}$	$\frac{1}{4}$	$\frac{1}{4}$	۱۰۰

طبعی درجہ پر لانے کے لئے اکثر خود ہی کافی ہوں گی، لیکن کیتونیت سے بچنا چاہئے۔ یہی باتیں ہیں کہ جن میں بلند کاربوہائیڈریٹ اور پست شحم والی غذا بھی کامیابی کے ساتھ استعمال کی جاسکتی ہے بغیر اس کے کہ انسولین دیجائے۔ تاہم نو عمو مریضوں میں خواہ انکی حالت کیسی ہی خفیف درجہ کی ہو، انسولین کا علاج فی الفور شروع کروینا چاہئے، تاکہ مرض خراب تر نہ ہونے پائے، اور ساتھ ہی جزائر کو آرام کا موقع ملنے سے کیتو رشتہ نشی اثر بھی پیدا ہونے کے۔ مجموعی معدیم جس دوا کے استعمال سے نصف گھنٹہ قبل ڈیکسٹروس (۲ اونس کے قریب) دے دینی چاہئے، اور اس سے نصف گھنٹہ قبل انسولین کی ۲۰ اکائیاں۔

علاج ما بعد (after-treatment)۔ مریضوں کو یہ سکھادینا چاہئے کہ وہ خود کہ انسولین کی پیمائش کس طرح لگائیں اور انہیں شکر کے لئے امتحان بول کا طریقہ بھی جاننا چاہئے۔ مگر مریضوں میں انسولین کا استعمال کسی وقت بھی موقوف کیا جاسکتا ہے، اور اس سے کوئی نقصان نہ ہوگا۔ نیز ممکن ہے کہ اس کا استعمال طاری

رکھنا غیر ضروری ہو جائے۔ نومروں میں انسولین کی مقدار اعظم ہونی چاہئے کہ میں کل مرض متحمل ہو سکے بغیر اس کے کہ علامات پیدا ہوں۔ طبی و ہینز کلوی کے ساتھ پیشاب ہمیشہ خالی از شکر اور کیتونیت کے لئے راتھیرا کا امتحان ہمیشہ منفی ہونا چاہئے۔ اکثر راتھیرا کا مثبت امتحان اُس وقت پایا جاتا ہے جب کہ انسولین بے حد کم استعمال کی جا رہی ہو جس سے دموی شکر طبی درجہ سے اوپر رہتی ہے (14) لیکن وہ اُس وقت بھی مثبت پایا جاتا ہے جب کہ غذا میں کاربوہائیڈریٹ از حد کم اور چربی از حد زیادہ ہوتی ہے لہذا باب ایسی حالت ہو تو غذا میں کچھ ترمیم کرنی چاہئے۔ اگر مریضوں کو خلاف عادت عضلی ورزش کرنا ہو تو انہیں انسولین کم لینی چاہئے، کیونکہ ورزش دموی شکر کو کم کر دینے کا رجحان رکھتی ہے۔ ممکن ہے کہ ایک مریض میں کلاں ابھی بیان کئے ہوئے اصول پر کیا جا رہا ہے کچھ عرصہ کے بعد یہ محسوس کرے کہ انسولین کی وہ مقدار جس کا وہ عادی ہے حد سے زیادہ ثابت ہو رہی ہے، کیونکہ اسے قلیل شکر دموی رہی رد عمل محسوس ہو رہے ہیں۔ اس کے یہ معنی ہیں کہ اُس کی حالت میں اصلاح ہو رہی ہے اور اُس مقدار کو کم کرنا چاہئے۔ اگر انسولین سے شفا یابی ممکن ہے تو شفا اکمل کے لئے یقیناً چند سال کی ضرورت ہوگی۔

سہا ایت۔ جب مریض کو کوئی حادثہ سرایت، مثلاً الہتہاب لوزین، انفلوئنزا، کھسرا، ذات الریہ، معدی صوی الہتہاب وغیرہ ہو جاتا ہے تو جسم کو انسولین کی زیادہ احتیاج ہو جاتی ہے۔

(ا) اگر معمولی غذائی جا رہی ہے تو انسولین کی معمولی مقدار دی جاتی ہے۔ شیب کا امتحان ہر دوسرے یا تیسرے گھنٹے کرنا چاہئے، اور اگر شکر ظاہر ہو تو وہ پہرے کے قلعے سے پہلے یا وسط شب میں (ایک بار دند کھانا اور دیگر) انسولین کی ایک تازہ مقدار استعمال کرنا چاہئے۔ ممکن ہے کہ انسولین کی مقدار میں تدریجی زیادتی بھی ضروری ہو۔ لیکن جوں ہی کہ تپش گر جائے اور پیشاب خالی از شکر ہو، لانا انسولین کو فی الفور کم کر دینا چاہئے۔

(ب) فرض کرو کہ غذا نہیں لی جا رہی ہے (مثلاً اگر قے موجود ہے)۔  
(۱) اگر شیب میں شکر موجود ہے تو انسولین کی پوری مقدار معمولی وقت پر دینی

چاہئے، اور پیشاب کا امتحان ہر دوسرے یا تیسرے گھنٹے کر کے جیسا کہ پہلے بیان کیا گیا ہے انسولین میں تازہ اضافے کئے جائیں۔ (۲) اگر پیشاب میں شکر موجود نہ ہو تو انسولین معمولی مقدار سے آدھی دینی چاہئے، اور ہر دوسرے یا تیسرے گھنٹے امتحان کر کے اگر ضرورت ہو تو انسولین کی تازہ مقادیر دی جائیں۔ دونوں حالتوں میں یہ بہتر ہوگا کہ انسولین سے آدھ گھنٹہ بعد گلوکوس ۱۰ فی صدی محلول میں (اگرام فی اکائی) دینا چاہئے۔

479

ذیابیطسی قوما (diabetic coma) - ذیابیطسی قوما کے آغاز میں انسولین کی ایک بڑی مقدار (مثلاً ۹۰ اکائیاں) کچھ تو تحت الجلدی راہ سے اور کچھ دروں وریدی راہ سے دینا چاہئے جس کے ہمراہ ۹۰ گرام شکر ایک بائسٹ پانی میں دینی چاہئے اور تحت الجلدی شراب مو شکر کے ہر چوتھے گھنٹے مکرر دینا چاہئے، یہاں تک کہ پیشاب کیٹونی اجسام سے بہرا ہو جائے۔ اس کے بعد انسولین مو شکر کے نسبتہ قلیل تر مقداروں میں زیادہ طویل وقفوں سے جاری رکھیں۔ جب جب پیشاب ہو اس کے ہر نمونہ کا امتحان کرنا اہم ہے اور اگر تین یا چار گھنٹے تک امتحان کے لئے پیشاب نہ ہوا ہو تو اس کا نمونہ حاصل کرنے کے لئے قاطب استعمال کرنا چاہئے۔ ان احتیاطوں سے کام لینے کی وجہ یہ ہے کہ ایسے قوی علاج جو ذیابیطسی قوما کے لئے ضروری ہوتا ہے، مریض کو درمیان میں ہوش آئے بغیر نہایت آسانی کے ساتھ قلیل شکر و موتی قوما کی حالت طاری ہو جاتی ہے۔ اگرچہ بیان کردہ طریقہ سے شکر دینے پر ایسا ہونا خلاف قیاس ہے۔

اس کے علاوہ علاج کا ایک نہایت اہم طریقہ یہ ہے کہ ایسے سیال کی بڑی مقداریں دی جائیں جس میں شکر اور شاید سوڈیم بائی کاربونیٹ موجود ہو۔ اس کے اثر سے سیلان بول جاری رہ کر زہری آکسیٹو آکسیٹک ایسڈ کے خارج ہونے میں مدد ملے گی جو غالباً ذیابیطسی قوما کا سبب ہوتا ہے۔ بے ہوش مریض میں اس سیال کو دینے کے لئے ایک معدی انبوبہ (انہورن ہارن (Einhorn's tube) یا ایک لمبا انفی انبوبہ اور ایک قیف ضروری ہیں۔ مریض کو دائیں کرش پر لٹا دیا جاتا ہے تاکہ سیال جاذبہ کے اثر سے فوراً اثنا عشری میں چلا جائے۔

ایک پائینٹ گرم معقیم ہنم نشی مجلول ہر گھنٹہ دیا جاتا ہے، یہاں تک کہ آزادانہ سیلان بول قائم ہو جائے۔ اگر مریض قے کرے تو اس علاج کو ہرگز موقوف نہیں کرنا چاہئے بلکہ اس کے استعمال کی اصلی مدت کو زیادہ طویل کر دینا چاہئے تاکہ معدے کا قند نہ پیدا ہو سکے۔ بار بار امتحان کر کے یہ دیکھنے کی احتیاط عمل میں لانا چاہئے کہ شش کا اڈیمائٹو یا ب نہ ہونے پائے۔ ایسا علاج ۴ تا ۴ گھنٹے کرنے کی ضرورت ہوگی قبل اس کے کہ گہرے قوما کی حالت میں ہونے کے بعد مریض کامل طور پر ہوش میں آئے۔ جب متعدی کے ساتھ علاج کے باوجود موت واقع ہو جائے تو ممکن ہے کہ اس کا سبب یوریا دمویت ہو، کیونکہ ایسی متعدد اصاباتوں میں دموی یوریا بلند پایا گیا ہے (12, 13)۔ مریض کو ٹا کر رکھنا چاہئے تاکہ فشل قلب نہ ہونے پائے۔

**قلیل شکر دمویت (hypoglycaemia)**۔ قلیل شکر دمویت کے علامات اس سے پہلے درج ہو چکے ہیں۔ علاج کے ابتدائی درجوں میں شدید متلیں شکر دمویت کا خطرہ نہیں ہوتا، بشرطیکہ علاج صحیح طور پر کیا جا رہا ہو۔ اس کے بعد ممکن ہے کہ شدید عضلی محنت سے قلیل شکر دمویت پیدا ہو جائے، بالخصوص اس وقت جب کہ بلند کاربوہائیڈریٹ والی غذا کا تحول واقع کرنے کے لئے انسولین کی مقداریں لی جا رہی ہوں۔ مریضوں کو چاہئے کہ ناگہانی ضرورت کے موقع پر موقع لگانے کے لئے اپنے ساتھ شکر کے کچھ ڈلے رکھیں۔

**قلیل شکر دموی قوما (hypoglycaemic coma)**۔ کچھ حد تک ذیابیطسی قوما کے برعکس ہوتے ہیں۔ پسینہ بکثرت آتا ہے، نبض اور مشرف ہوتی ہے، وریدیں نمایاں طور پر ابھرتی ہیں۔ ممکن ہے کہ پیچھے کچھ اڈیمائٹو اور اس کے ساتھ ہی زراق اور سیال نفث ہو۔ مریض مشنجر اور پیشاب میں کیتون نہیں ہوتے۔ ایک مریض نے شکایت کی کہ وہ نہیں لے سکتا۔ فالج نصفی (hemiplegia) بھی بیان کیا گیا ہے۔ قلیل شکر دموی قوما کی حالت میں ایڈرینالین (۰.۰۰۱ میں ۱) ۵ قطرہ کا تحت الجلدی اثر کیا جاسکتا ہے، یا اگر اس سے ناکامی رہے۔ پیٹوٹرین (pituotrin) کی یہی متادوی جاسکتی ہے۔ یہ علاج صرف اسی



خون بخش ہوگا جب کہ جگر میں گلاکٹوژن کا اچھا ذخیرہ موجود ہو۔ دہن کی راہ سے یا مریخ  
نوبہ کے ذریعہ بکثرت شکر (شکر نیچر یا ڈیکسٹروس کے ہوتا ہے) اونس) دی جاتی ہے۔  
زمریض کو جلد ہوش نہ آجائے تو ڈیکسٹروس کے ۱۵ یا ۶۰ فی صدی محلول کا دروں  
۔ ریدی اشرباب کیا جاتا ہے۔

خود بخود بیش انسولینیت (spontaneous hyperinsulinism)۔  
بیش انسولین کے احتمال سے متعلق قلیل شکر و مویت کا ذکر کیا گیا ہے۔ خود بخود  
بیش انسولینیت جزیرہ لینگر ہارن کے خلیات کے سلعہ یا بیش تکوین کے باعث پیدا  
ہو جاتی ہے۔ مثالی قلیل شکر و مویت کی علامات کی اصابتیں بیان کی گئی ہیں جن میں  
عمی یا قوما اس وقت پیدا ہوتا ہے جب کہ مریض بہت مدت تک کچھ نہ کھائے،  
اور ان اصابتوں میں شکر دینے سے اتفاق ہو جاتا ہے۔ علیہ کے ذریعہ بعض اوقات  
نسبی حالت معلوم ہو گئی ہے، اور ضرر کو کامیابی کے ساتھ دور کر دیا گیا ہے۔  
عمیق الاشعاع کو ایک متبادل طریقہ علاج سمجھا جاسکتا ہے۔ دوسری اصابتوں میں  
طبعی سلبہ پایا گیا ہے، اور علامات کا سبب کیا ہے یہ مسئلہ حل نہیں ہوا۔ گاہے جگر  
سبب ہوتا ہے، گو کہ جگر سے قلیل شکر و مویت ہونے کے یہ معنی ہیں کہ بہت وسیع  
اؤفیت موجود ہے، لہذا اکیدی قلت کی دیگر امارات کی توقع کرنی چاہئے۔ ایک  
اکاں ذیل میں درج ہے، گو کہ اس کا ثبوت ہنوز مفقود ہے۔

480

مقدم نخاعی قلت۔ غدہ نخامیہ کے مقدم الختہ کے بہت سے افعال  
میں سے ایک یہ ہے کہ انسولین کا تضاد العمل کیا جائے۔ چنانچہ کسب الجواج  
(acromegaly) کا ذیابیطس مشہور و معروف ہے۔ تجسم پر یہ پایا گیا ہے کہ  
اگر ایک ابلہ ربودہ کتے میں نخامیہ کو بھی دور کر دیا جائے، تو حیوان کا ذیابیطس  
حالت میں رہے اور دموئی شکر ممکن ہے طبعی کے اوپر سے نیچے آجائے۔ اگر نخامیہ کو  
نہا دور کیا جائے تو انسولین کا طبعی تضاد العمل مفقود ہوتا ہے، اورفاقہ کشی یاوز  
نے بعد قلیل شکر و مویت باسانی واقع ہو جاتی ہے، جس کا علاج شکر دے کر کیا  
جاسکتا ہے۔ ایسی اصابت میں مقدم نخامیہ کی تجہیزات آزمائی جاسکتی ہیں۔ قلیل  
شکر و مویت، سمانڈ کے مرض (Simmond's disease) (جو ملاحظہ ہو) کے نام سے

نخامی ضعفہ (pituitary cachexia) میں شاہدہ کی گئی ہے۔  
 قلیل شکر و مویت کی دیگر اصاباتیں یہ ہیں: — وافر عضلی ورزش مثلاً  
 لمبی دوڑ دوڑنے والوں میں یا گلاٹو جن کے ذخیروں کا ختم ہو جانا درقیہ کھلانے  
 سے۔ ملاحظہ ہو ضمیرہ صفحہ 504۔

## غذہ درقیہ

(THYROID GLAND)

طبعی غذہ درقیہ میں ایسے خلیات موجود ہوتے ہیں جو کو لائڈ کا افراز یہاں  
 کرتے ہیں اور اس کو لائڈ سے ایک آیوڈین شامل رکھنے والی قلمی شے علیحدہ کی گئی  
 ہے جس کو تھائروکسین (thyroxin) کہتے ہیں۔

انسانی جسم میں طبعاً اس شے کے تقریباً ۱۰ گرام موجود ہوتے ہیں۔ یہ ہمیشہ آہستہ آہستہ  
 بنتی ہے [غالباً ڈائی آیوڈو ٹائروسین (di-iodo-tyrosine) (48) کے درجہ میں  
 سے ہو کر] اور تلف ہوتی رہتی ہے۔ جوں ہی کہ غذہ کے حوصلات کو استر کرنے  
 والے خلیات کو لائڈ کا افراز کرتے ہیں یہ کو لائڈ حوصلات کے اندر مذخور ہو جاتا  
 ہے۔ چنانچہ اس کے مذخور ہو جانے کے بعد یہ خلیات چمٹے اور ساکن ہو جاتے  
 ہیں۔ فعال افرازی خلیے کعب یا استوانی ہوتے ہیں۔ یہ عینیات کی شکل میں  
 مرتب ہوتے ہیں اور ان میں متع عروق شعریہ کی وافر رسد پہنچتی ہے۔ مغز،  
 تھائروکسین یا تو خارج ہو کر انھیں شعریات کے اندر چلی جاتی اور اس طرح  
 دور ان خون میں داخل ہو جاتی ہے یا ممکن ہے کہ وہ کو لائڈ کے طور پر عینیات  
 کے اندر مذخور ہو کر ایک حوصلہ پیدا کر دے۔ افرازی خلیے اس مرحلے یا درجہ  
 میں ساکن ہو جاتے ہیں۔ درقیہ کی فعالیت افراز کی زیادتی سے اور کو لائڈ  
 کے اخراج سے ظاہر ہوتی ہے۔ یہ اخراج غالباً استر کرنے والے خلیوں کے  
 درمیان کی درزوں میں سے ہوتا ہے (15)۔ تھائروکسین کی تاثیر یہ ہے کہ  
 یہ مشار کی عصبی نظام کو تہیج کرتی ہے، شائد فوق الکلوئی لب کا تہیج کر کے، کیونکہ

خون کے اندر ایڈرینین (adrenin) کی ایک زیادتی پائی جاتی ہے۔ جیسا کہ پہلے سمجھایا گیا ہے، درقی فوق الطوقی آلہ جگر کو تہیج کر کے گلائو جن کو گلو کوز کی شکل میں جوئے خون کے اندر منتقل کرتا ہے۔ تنفسی تبادلہ زیادہ ہو جاتا ہے اور جسمانی پیش بلند ہونے کا رجحان رکھتی ہے۔ بیرونی سردی میں تکشف ہونے سے اس آلہ کی وطنیفی فعالیت زیادہ ہو جاتی ہے اور حرارت اس آلہ کا امتناع کرتی ہے اور اس آلہ پر جراثیمی سمیتات کا عمل ہونے سے شاید بخار پیدا ہو جاتا ہے۔ یہ خیال ظاہر کیا گیا ہے کہ درآں مالیکہ فوق الطوقی کا فعل سریع اور مختصر ہوتا ہے، تحاثر اکسین کا فعل سست اور دیر پا ہوتا ہے۔ تکلیم کے تحول پر درقیہ کی تاثیر، حموز امینی گائٹر کے عنوان کے تحت بیان کی گئی ہے۔

گائٹر کی اصطلاح سے غده درقیہ کی کلانی مراد ہے۔ یہ مندرجہ ذیل شعلوں میں واقع ہوتی ہے:— (۱) بیش پرورش جس کے ساتھ حویصلات اور افزائی غینبات غده میں منتشر طور پر پھیلے ہوئے ہوتے ہیں۔ یہ بلوغ، حل اور سن یاں کا گائٹر ہے اور ممکن ہے کہ یہ بیض برآری (oophorectomy) اور بیضی مرض (ovarian disease) کے بعد بھی واقع ہو جائے۔ (۲) کو لا ملڈ گائٹر (colloid goitre)۔ (۳) کیسہ بند غدی سلعہ (encapsulated adenoma) جو جامہ یا دوریری ہو سکتا ہے (یہ تین کلانیاں مقامی الحدوث یا انفرادی الحدوث گائٹر کی شکلیں ہیں)۔ (۴) اولی محوظی گائٹر (primary exophthalmic goitre)۔ (۵) ثانوی موض گریو (secondary Graves' disease) یا سمی غدی سلعہ (toxic adenoma)۔ (۶) مرض خجیث۔

## مقامی الحدوث یا انفرادی الحدوث گائٹر

(endemic or sporadic goitre)

بحث اسباب۔ گائٹر بعض مقامات میں کثیر الوجود ہے۔ وہ انگلستان میں ڈربی شائر (Derbyshire) میں اور انگلستان کے مغرب اور

جنوب مغرب اور ولز (Wales) میں ہوتا ہے (16)۔ اور شہروں کے نسبت ان علاقوں میں زیادہ عام ہے۔ براعظم پر وہ تیوانی (Savoy) سوئزر لینڈ شمالی اطالیہ، ٹائرال (Tyrol) اور اسٹائریا (Styria) کے پہاڑی خطوں میں کثیر الوقوع ہے۔ لیکن وہ صرف پہاڑیوں میں محدود نہیں بلکہ ان کے نیچے کے میدانوں میں دیہات تک پھیلتا ہے۔ مقامی المحدث گائٹر غالباً آریوڈین کی قلت یا غیر موجودگی کی وجہ سے پیدا ہو جاتا ہے، اور ایسے اشخاص میں ہوئے کارجمان رکھتا ہے جو سمندر سے دور رہتے ہیں۔ نیز وہ آریوڈین کی ضرورت کی زیادتی سے پیدا ہو جاتا ہے، جو یورپی زمین کی گھٹی ہو۔ اس ضرورت کو زیادہ کرنے میں بہت سے علامات حصہ لے رہی ہیں۔ اب فوشینی کا زمین کے اندر کے کسی نامیاتی مادے سے ملوث ہو جاتا ہے، ممکن ہے برازی ہو۔ سہایت، کیونکہ بعض اوقات حادثہ گائٹروائی شکل میں واقع ہوتا ہے (17)۔ شناخت ناشدہ مادے [شاید سایانینز (cyanins) جو کبالتی رنگ کے امتناع کرتی ہیں] کرم کلمہ اور بعض دیگر سبز یوں میں۔ شحم کثرت سے کھانا۔ بلوغ اور تجربی حیوانوں میں حیاتین ڈ اور ج کا فقدان خواہ کثرت سے آریوڈین موجود ہو۔ (47)۔ گائٹر عورتوں اور نوعمریوں میں نہایت عام ہے۔ غیر گائٹری اصطلاح میں واقع ہونے والے انفرادی المحدث گائٹروں کی توجہ سمجھی انہیں اصول پر لکھ سکتی ہے۔ مقامی المحدث گائٹر اکثر محاطی اذیہ اور قحط کے ساتھ وابستہ ہوتا ہے۔

امراضیات۔ جیسا کہ پہلے بیان کیا گیا ہے، آریوڈین کی قلت غدے کی فعالیت کو تحریک پہنچاتی ہے، جس کے ساتھ ہی افزائی خلیات کا تکاثر ہو کر لیفی ہیکل اور دموی رسد کی زیادتی اور کولائیڈ کی غیر موجودگی پائی جاتی ہے۔ اس عمل کے کسی بھی درجہ میں غدے کی حالت میں حکش واقع ہو کر شفا کامل ہو سکتی ہے۔ اس کے برعکس ممکن ہے کہ اس فعال درجہ کے چند سال بعد اقسام کا انحطاط واقع ہو جائے۔ (الف) خلیات کا ذوب ہو کر ان کے بجائے لیفی ناصیات پیدا ہو کر لیفیت اور دوبری تنگوین ہو یا (ب) غدے کی بڑی کلانی واقع ہو کر انس کے ساتھ اس کے کولائیڈ میں زیادتی ہو جائے

(کولائڈی گائٹرز) یہ سابقہ فعالیت کے زمانہ کے بعد جو کہ آیوڈین کی ضرورت کے باعث پیدا ہوا تھا، غدہ کا استراحتی درجہ ہے، کہ جس میں کولائڈ اور آیوڈین جمع ہو جاتے ہیں۔ درقیہ کے غذائی سلعات خلوی باقیات (cell rests) سے پیدا ہو جاتے ہیں اور یہ اسی تہیج کے تحت بڑھ جاتے ہیں کہ جس سے کولائڈی گائٹرز پیدا ہوتا ہے۔ کولائڈی گائٹروں سے غذائی سلعات کی تفریق پورے طور پر واضح نہیں اور درمیانی ایشال عام ہیں۔ غذائی سلعات بھی مکش، ذبول، دویری تکون یا کولائڈی تکون کے وہی مارج طے کر سکتے ہیں جو سارے غدے میں واقع ہو کر تھے ہیں۔ بالعموم غذائی سلعات متحد ہوتے ہیں اور سن بلوغ کے قریب قریب نمو یاب ہوتے ہیں۔ گائٹرز کی جماعت گردن کے دونوں جانب ایک اوسط درجہ کے آبشار سے لے کر ایک ایسے تودہ تک جو بندھی ہوئی مٹھی یا جینی سر کے برابر ہو اختلاف پذیر ہوتی ہے اور وہ عظم القفس کے بالائی حصے کے سامنے لٹکا ہوا ہوتا ہے۔ ان گائٹروں کی طرح جو سوئزر لینڈ اور سیوائی میں اس قدر عام طور پر پائے گئے ہیں۔ لمفی غدہ آسا گائٹرمین غدہ کے اندر سرطانی قرینیت اور لمفی خلیات کا اجتماع اور بالآخر لیفیت پائی جاتی ہے۔ حیائین کی قلت اس کا ایک سبب ہے۔

علامات۔ اکثر گردن کی کلانی اور پری کا احساس ہی ہنہا علامات ہوتے ہیں۔ اگر گائٹرز بہت بڑا ہے تو ممکن ہے کہ مری پر دباؤ پڑنے سے عسر البلع، یا قصبۃ الریه یا بازگرو حنجری اعصاب کے انضغاط کی وجہ سے بھر موجود ہو۔ اگر بڑھے ہوئے غدے کے مقامی اثرات کے علاوہ کوئی دوسرے علامات ہوں تو وہ درقیہ کے فعل کی تخفیف یعنی قلیل درقیت پر دلالت کرتے ہیں (ملاحظہ ہو مخاطی اذیما)۔ کولائڈی گائٹرز میں اساسی تحول طبی یا قدرے گھٹا ہوا ہوتا ہے۔

سرطان عموماً ادمیہ عمر کے بعد ہوتا ہے اور ایک سخت، سریع النمو سلسلہ پیدا کر دیتا ہے، جو گرد و پیش کے حصوں میں درزیز ہو کر ان پر دباؤ ڈالتا ہے۔ جب گائٹرز کا سبب سرطان یا لمفی سلسلہ ہوتا ہے تو عموماً غدے کے افعال جاری ہتے ہیں۔ اور اگر ایسی حالت میں داخلی اعضا میں ثانوی بالیدیں موجود ہوں تو درقیہ کے امتیصال کلی سے مخاطی اذیما نہیں پیدا ہوتا۔

تشخیص - کسی کلائی کی در قعی نوعیت اس سے ثابت ہوتی ہے کہ وہ جھگنے کے فعل کے دوران میں جھجھ کے ساتھ ساتھ اوپر اور نیچے حرکت کرے۔

علاج - مقامی المحدث گائٹر کے رقبوں میں حفظاً تقدم کا طریقہ یہ ہے کہ موسم بہار اور موسم خزاں میں دس دن تک روزانہ ۱۰-۱۲ گرام سوڈیم یا پوٹاسیم آیوڈائیڈ استعمال کیا جائے۔ سوڈر لینڈ کی ریاست اپین زیل (Canton of Appenzell) میں نمک کے ہر کلو گرام کے ساتھ ۲۵-۳۰ گرام پوٹاسیم آیوڈائیڈ شامل ہوتا ہے تاکہ تمام باشندوں کو اس کا کچھ حصہ ضرور پہنچ جائے۔ غذا کی غیر طبیحی حالتیں جو کہ بحث اسباب میں بیان کی گئی ہیں، درست کر دینی چاہئیں۔ دورانِ عمل میں ماں کا علاج کرنے سے بچہ میں پیدائشی گائٹر روکا جاسکتا ہے۔ گائٹر کے ابتدائی ترین درجہ کے علاج میں اس وقت جب کہ غدی سلعات موجود نہیں ہوتے، آیوڈین کا دواغلی استعمال مصلحہ کی صورت میں روزانہ ۲ یا ۳ قطروں کی متادوں میں کیا جاسکتا ہے۔ آیوڈین کے استعمال سے غدی سلعی گائٹر کے فعل کی کثرت ہو گئی ہے اور ممکن ہے کہ آیوڈین کا مزید استعمال کئے بغیر بیش در قیت سالہا سال تک جاری رہے۔ آیوڈین حقیقی جھوٹی گائٹر کی بیش در قیت کو زیادہ نہیں کرتی۔ مویافست کو لائڈی گائٹر میں آیوڈین کا علاج چنداں کامیاب نہیں اور خلاصہ در قیہ کو آزمانا چاہئے۔ نہایت سخت اور نہایت بڑے گائٹروں میں اور خبیث مرض میں بشرطیکہ یہ کافی ابتدائی درجوں میں شناخت کر لئے گئے ہوں، جراحی تدابیر کی ضرورت ہو سکتی ہے۔ یہ تدابیر یہ ہیں کہ کیسہ بند رسولی کا انقاف کر دیا جائے اور غدے کے بیشتر حصے کو نکال دیا جائے۔ رانجنی شعاعیں بھی استعمال کی جاسکتی ہیں۔

482

## جھوٹی گائٹر

(exophthalmic goitre)

(مرض گریو = Graves' disease)

(باسیلو کا مرض = Basedow's disease)

اس مرض کو جو عورتوں میں مریض کے نسبت زیادہ کثیر الوقوع ہے ۳۰ اور ۴۰

نسبت سے) (18) 'ابتداءً' ۱۸۲۵ء میں ڈبلن کے ایک طبیب گریوز (Graves) نے اور ۱۸۲۵ء میں ایک جرمن طبیب باسڈاؤ (Basedow) نے بیان کیا۔ اس کے نمایاں علامات یہ ہیں، - گرات چشم کا باہر کو بروز کرنا، 'غده در قیہ کی کلانی' قلب کے فعل کی کثرت وقوع اور لرزش۔

بحث اسباب۔ عمل طور پر بیان کیا جائے تو اس مرض کی امابتیں دو گروہوں میں تقسیم کی جاسکتی ہیں۔ لیکن ان دونوں گروہوں کے درمیان کوئی واضح فرق نہیں ہے، اور ان کی تفریق کو سیدھ مصنوعی تصور کیا جاتا ہے۔

(۱) اولیٰ مجموعی گائٹر (primary exophthalmic goitre)۔

اس کا آغاز ناگہانی ہوتا ہے اور فترات اور اشتیلات بار بار ہوتے ہیں۔ نفسی تبادلوں یا اساسی تحول کی شرح میں بھی تناظر تغیرات ہوتے ہیں (ملاحظہ ہو صفحہ 459)۔ اساسی تحول کی شرح شدت مرض کے دوران میں بلند ہوتی ہے اور تخفیف مرض کی حالت میں کم۔ یہ مرض عموماً نوعمر اشخاص میں ہوتا ہے۔ بعض اوقات عصبانی رجحان پہلے سے موجود تھا جیسا کہ ہسٹیریا (hysteria) یا صرع (epilepsy) یا ناگہانی دماغی مرض سے ظاہر ہوتا ہے۔ چند اصابتوں میں یہ مرض کسی جذباتی یا دماغی اشتعال بلکہ مریض راست تصور کرنے کے بعد بھی جلد ہی پیدا ہو گیا ہے۔ دوران جنگ میں اکثر اوقات فوج کے سپاہیوں میں بیش در قیہ و کجی گئی جو شدید دماغی بار کی وجہ سے پیدا ہو گئی۔ بعض اوقات اس مرض میں ایک موروثی تعلق بھی مشاہدے میں آیا ہے۔ مثلاً یہ ماں اور بیٹے یا بیٹی میں دیکھا گیا ہے۔ اس سے بھی زیادہ اکثر یہ اسی خاندان میں بھائیوں اور بہنوں پر حملہ آور ہوتا ہے۔ یہ واقعہ کہ دوران جنگ میں جرمنی میں مجموعی گائٹر کا حدوث کم ہو گیا تھا اس امر پر دلالت کرتا ہے کہ غذائی افراط اس کے پیدا کرنے میں مدد ہو سکتی ہے (19)۔ ہنگستان اور یوگوسلاویہ مجموعی گائٹر کی توزیع ایک حد تک مقامی الحدوث گائٹر کی توزیع سے مشابہ ہے۔ یہ حدوث شہروں کے قسمت و بہاتی اضلاع میں زیادہ ہوتا ہے (16)۔

(۲) ثانوی مرض گریوز (secondary Graves' disease)۔ اکثر

دقیہ کے سابقہ توڑم کی سرگذشت ملتی ہے جو یہ بتاتی ہے کہ کچھ عرصہ سے غده میں فرس

تغیرات ہو رہے ہیں۔ افزائے فعل کے علامات اکثر چھتیس یا چالیس سال کی عمر کے قریب نمودار ہوتے ہیں اور ممکن ہے کہ یہ غدی سلعہ کی حالت میں آئیوڈین کے ہتھکنڈے سے پیدا ہو جائیں۔ یہ مرض ایسے علامات کے ساتھ جو تبدیلیج زیادہ شدید ہو جاتے ہیں سالہا سال تک جاری رہ سکتا ہے۔ فترات نہیں ہوتے۔ تنفسی سببوں میں آہستہ آہستہ برابر زیادتی ہوتی جاتی ہے۔ محمود العین اکثر بہت نمایاں نہیں ہوتا۔ قلب کی بے نظمیوں جیسے کہ آؤینی ریشکی انقباض کا خاص احتمال موجود ہوتا ہے اور ممکن ہے کہ مریض ابتداءً فسل قلب کے لئے مشورہ کا طالب ہو۔ جب درقہ کے غدی سلعہ کی شہادت موجود ہوتی ہے تو ان اصابتوں کو اکثر سہمی غدی سلعہ (toxic adenoma) کہتے ہیں۔

**امراضیات۔** یہ مرض اس طرح پیدا ہوتا ہے کہ درقہ کی بیش پرورش کی وجہ سے تحارر اکسین کی زیادتی ہو جاتی ہے۔ اس کا ثبوت یہ ہے کہ اس کے علامات انہیں علامات سے مشابہ ہوتے ہیں جو خلاصہ درقہ کی بڑی متادوں کے بعد پیدا ہوجاتے ہیں، نیز یہ کہ وہ مغاطی اڈما کے علامات سے متضاد ہوتے ہیں اور یہ کہ بیش پروردہ درقہ کے جزئی استیصال کے بعد مریض کی حالت میں اصلاح واقع ہو جاتی ہے۔ لیکن عرصہ دراز سے اس امر میں بحث چلی آتی ہے کہ آیا یہ مرض محض طبی تحارر اکسین کی وجہ سے زائد پیدائش کی وجہ سے ہوتا ہے یا اس وجہ سے کہ اس تحارر اکسین میں کوئی تبدیلی ہو جاتی ہے، مثلاً اس کے سالمہ میں ممول کے نسبت کم آئیوڈین ہونا، یعنی یہ بحث کی گئی ہے کہ اس حالت میں ایک حقیقی بیش درقیت (true hyperthyroidism) ہوتی ہے یا درقہ سمیت (thyrotoxicosis)۔ آخر الذکر رائے کی تائید میں یہ دلائل ہیں کہ جانوروں کو درقہ کی زیادتی دینے سے علامات جو بھو نہیں پیدا کئے جاسکتے، یعنی محمود العین نہیں پیدا ہوتا۔ مزید برآں بعض اصابتیں ایسی ہیں جن میں بیش درقیت اور مغاطی اڈما کے علامات ایک ساتھ موجود معلوم ہوتے ہیں۔ لیکن اس کے یہ معنی ہونا لازمی نہیں کہ یہ دونوں مرض ایک ساتھ موجود ہیں، کیونکہ ممکن ہے کہ بیش درقیت کے علامات سابقہ بیش فعالیت کے باقیات ہوں جو اب مردہ ہو چکی ہے۔ مجلاً دوسری رائے کی تائید میں کافی ثبوت موجود نہیں ہے۔ اغلب ہے کہ بعض



اصابتوں میں درقیہ کی فعالیت اس کے اس ہیجان سے پیدا ہوتی ہے جو کہ مقدّمی نغمہ (ملاحظہ ہو) کے بھیج درقی ہارمون کی کثرت سے واقع ہوتا ہے۔

درقیہی شتم مشار کی کا ہیج، جگر سے گلا گلو جن کی زیادہ تریل اور نفسی تبادلہ کی زیادتی پیدا کر دیتا ہے۔ مریض انسولین کے نہایت متعلّی ہوتے ہیں جو گلا گلو جن کی تریل کو مدد کر کے تغائر اکین کی مضادات کرتی ہے۔ واقعہ یہ ہے کہ جہاں تک جگر پر اثر کا تعلق ہے، ذیابیطس اور جھوٹی گامٹرو دونوں ایک دوسرے سے مشابہ ہیں۔ لیکن ان کا اثر عضلات پر نہایت مختلف ہوتا ہے، کیونکہ وہاں جھوٹی گامٹرو میں شکر جلائی جاتی ہے لیکن ذیابیطس میں یہ جلائی بڑی حد تک رکا ہوا ہوتا ہے (15)۔ مشار کی کا یہ ہیج جھوٹا العین، امارت و آن گریفی (von Graefe's sign)، سمعیت ضربات قلب اور پسینہ آنے کا سبب ہو سکتا ہے۔ کیا ن (Cannon) کے مشہور تجربہ میں ملی کا عصب حجابی اسی جانب کے عنقی مشار کی سے ٹانگ دیا گیا۔ اس طرح پہلے اگر وہ ہیج مشار کی نے اسی جانب پر جھوٹا العین پیدا کر دیا۔ اس جھوٹا العین کے متعلق یہ خیال کیا گیا ہے کہ یہ عضلہ ملر کے ہیجان کے باعث واقع ہوتا ہے جو مجھ میں ستر کرنے والی جھلی میں وندی فکی شقاق پر واقع ہے۔ لیکن انسان میں یہ عضلہ ناقص المنہ ہوتا ہے اور چند منتشر ریٹوں پر مشتمل ہوتا ہے۔ دوسرا مکان یہ ہے کہ اذیمیائی سیال کرات چشم کو آگے کے طرف دھکیل دیتا ہے (کیونکہ عضلات مستقیمہ چشم کا اذیمابھی پایا گیا ہے) اور پھر اس کے بعد وہاں چربی کا ثانوی جماؤ ہو جاتا ہے۔

نحول بلند نفسی تبادلہ کے باعث ہوتا ہے اور ساتھ ہی غذائی اختلالات کے سبب سے جو اغذاب میں مزاحم ہوتے ہیں۔ جب چربی کے گودام ختم ہو چکے ہیں تو پروٹین کام میں لایا جاتا ہے چنانچہ پروٹینی شکست و رخت بھی غیر طبی طور پر بلند درجہ کی ہوتی ہے۔ لیکن زیادتی احتراق کے باوجود جسمانی تپن بلند نہیں ہوتی (مگر کبھی کبھی) کیونکہ پسینہ کی افراط کے باعث جسم سے حرارت کا نقصان زیادہ ہو جاتا ہے۔ کیلیم کا نمایاں اخراج ہوتا ہے نہ صرف پیشاب میں بلکہ برازیں بھی حقیقت میں ایک تندرست موضوع میں کیلیم کا افراغ درقی خلاصہ کے ذریعہ اس سے

زیادہ آسانی کے ساتھ انجام پاتا ہے کہ جتنا پیرا تجار مومن یا ترشوں کے ذریعہ پیش  
نزد درتہ کے خلاف (جو کہ ملاحظہ ہو) دھوی کیلیم بالکل مرتفع نہیں ہوتا بلکہ حقیقت  
میں بہت ہوئے کار جہان رکھتا ہے (گو کہ نزد درتہ قیتی تکرار میں درتی خلاصہ سے دھوی  
کیلیم بلند ہو جاتا ہے)۔ لاشعاعی امتحان پر ہڈیاں کیلیم کی قلت ظاہر کر سکتی  
ہیں (21)۔

مرضی تشریح - حویلی اور سختی یافت کے خلیات میں تکاثر واقع ہوتا  
ہے۔ حویلات کے مافہا اپنی کولائڈی نوعیت کھو کر مخاطی اور ذراتی ہو جاتے ہیں۔  
نبتہ بعد کے درجوں میں ممکن ہے کہ غدہ لیفی یا دویری ہو جائے۔ اولی مجموعی کانٹر  
میں یہ تغیرات سارے غدے کے اندر منتشر ہوتے ہیں۔ ثانوی گریوز کے مرض میں  
غدے کے بعض حصے فعالیت ظاہر کرتے ہیں۔ دوسرے حصے کولائڈی تدریجاً  
لیفیت اور دویری تکوین ظاہر کرتے ہیں۔ ممکن ہے کہ متین غدی سلی تغیرات  
ہوں یا نہ ہوں۔

غذہ تیموسیہ اکثر باقی ہوتا ہے اور بڑھا ہوا ہوتا ہے۔ طویل المدت  
اصابتوں میں درتی سمی التهاب عضلہ قلب (thyro-toxic myocarditis) کے  
ساتھ عضلی ریشوں کا تنخر اور زجاجی تغیرات واقع ہو جاتے ہیں (20)۔  
علامات - ممکن ہے کہ علامات یکایک طاری ہو جائیں، لیکن عموماً وہ  
کیس قدر تدریجاً ہی نمودار ہوتے ہیں، اور بالعموم قلبی علامات پہلے ظاہر ہوتے ہیں  
اور کرات چشم کا بروز اور درتہ کا تورم چند مہینوں بعد ظاہر ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ  
کبھی کبھی ان کے ظہور کی ترتیب مختلف ہو، یا تین خاص علامتوں میں سے ایک یا  
دوسری غیر موجود ہو۔ لیکن دوران خون کے متعلق شکایت متعل ترین ہوتی ہے۔  
کامل نمویافتہ مرض میں قلب تیزی اور قوت کے ساتھ حرکت کرتا ہے۔  
صدم القلب غیر معمولی طور پر بڑے رقبہ پر محسوس ہوتا ہے۔ سباتی اور بڑی  
شرائین کا نبضان بڑی قوت کے ساتھ ہوتا ہے، اور مریض قلبی ضرب اور شریانی  
تیک دونوں کی شدت کو محسوس کرتا ہے۔ نبض - ہم تک پہنچ سکتی ہے۔ برقی قلبی  
نگار شس اکثر طبعی ہوتی ہے۔ لیکن ممکن ہے کہ اذینی ریشکی انتباض یا ایک

طویل فاصلہ موجود ہو، اور ن اور ف موجیں جسامت میں ایک دوسرے کے برابر ہوں (20)۔ گاہے گاہے قلبی سدومی دیکھی جاتی ہے، بالخصوص اُس وقت جب کہ ڈیجیٹالس بڑی مقداروں میں دیا گیا ہو۔ قلبی اختلال کے لحاظ سے مریض کو سانس پھولنے کی شکایت ہوتی ہے۔ ممکن ہے کہ رفتہ رفتہ قلب بیش پروردہ اور ازاں بعد تسخ ہو جائے۔ عموماً شرح نبض کے تغیرات کے بالکل ساتھ ساتھ آسانی تحول کے مناظر تغیرات واقع ہوتے ہیں۔ لیکن بعض اوقات مرض کی فعالیت مروجہ ہو جانے کے بعد بھی نبض قلب کے متضرر ہو جانے کی وجہ سے بلند رہتی ہے، چنانچہ آسانی تحول ہی غدہ کی فعالیت کی زیادہ قابل اعتبار تصویر پیش کرتا ہے۔ جسم درماتی کی کلانی مشاغل اور عموماً متوسط الابداد ہوتی ہے، شاذ ہی اس کلانی کے برابر ہوتی ہے جو نسبت بڑے مقامی کانٹروں میں دیکھی جاتی ہے۔ اگر اُس پر ہاتھ رکھا جائے تو ایک ذبذبہ محسوس ہو سکتا ہے (جو اُس کے قمع عروق دمویہ کے اندر خون کی حرکت کی وجہ سے ہوتا ہے) اور مسامع الصد سے ایک انکماش خریسنا جاسکتا ہے۔

کرامت چشم کا ابھڑانا (جھوٹا العین تبدیل العین) اور اجفانی شقاق کا چوڑا ہونا اس مرض کی نہایت ممتاز و تمیز خصوصیت ہے جس سے مریض کی شکل ناگوار اور خوف زدہ بن جاتی ہے اور ایسا معلوم ہوتا ہے گویا اس کی کشکی لگی ہوئی ہے۔ یہ دونوں آنکھوں کو ماؤف کرتی ہے اور اس درجہ تک پہنچ سکتی ہے کہ صلیبیہ قرنیہ سے اوپر اور اس سے نیچے دونوں جگہ نظر آتا ہے اور پوٹے یا اس آکر باہم مل نہیں سکتے۔ اُس وقت بھی جب کہ پوٹے ارادی دو پر بند کئے جاسکتے ہیں مگر یہ کہ وہ نیند کے دوران میں ایک دوسرے سے علیحدہ نہ جائیں اور اگر جھوٹا العین انتہائی ہے تو ممکن ہے کہ تکشف کا یہ نتیجہ ہو کہ قرنیہ کی خراش اور تقرح پیدا ہو جائے۔ آنکھ بہت کم بار جم سکتی ہے (امارت اسٹیل ویک Stallwag's sign =) جھوٹا العین کے ساتھ ساتھ کرہ چشم اور بالائی پوٹے کے حرکات میں یکسانی کی عدم موجودگی ہوتی ہے، چنانچہ جب مریض نیچے دیکھنے کے لئے کرہ چشم کو نیچے کرتا ہے تو بالائی پوٹہ اُسی مناظر حد تک نیچے نہیں پہنچتا

(امارت گریفی = von Graefe's sign) - یہ امارت ہر اصابت میں موجود نہیں ہوتی، اگرچہ یہ بعض اوقات آنکھ کے بروز سے پہلے ہی دیکھی گئی ہے۔ لیکن اس کے ساتھ ہی یہ ہے کہ جب یہ موجود ہو تو اہم ہے، کیونکہ یہ دوسرے اقسام کے مخوف امین میں نہیں واقع ہوتی۔ عضلات متقاربہ کی کمزوری بھی موجود ہو سکتی ہے (امارت موبیئس = Mobius' sign) اور بعض اصابتوں میں دو نظری یا بعض یا تمام عضلات چشم کا واضح شلل بھی موجود ہو سکتا ہے۔ حد قد اور توفیق غیر مستثر رہتے ہیں اور چشم بین سے بے حد پُر اور پیچہ ارشکیستی اور وہ کے سوائے اور کوئی چیز ظاہر نہیں ہوتی۔

چومنی اور نہایت متقل علامت جراح کی بلکہ سارے جسم کی کم و بیش مسلسل نازک سی لرزش ہے۔ عضلی کمزوری اور درد بھی نہایت متمیز ہوتے ہیں۔ مریض کو گھٹنے پھیلانے میں دقت ہوتی ہے، لہذا ازینہ چڑھنے کا عمل صرف جنگلے یا کھڑے کو بازوؤں سے دبا دبا کر ہی انجام دیا جاسکتا ہے۔ لیکن ممکن ہے کہ بازوؤں اور دھڑکے عضلات بھی ماؤف ہو گئے ہوں۔ ممکن ہے کہ ایک شام وسیع پھیلا ہوا استرخا ہو اور رات بھر بستر میں گزارنے کے بعد دوسرے دن صبح کال شفا ہو جائے۔

مریض چڑچڑاہے چین یا اسٹیر یا بی ہو سکتا ہے لیکن عظیم اللہ نہیں ہوتا۔ بعض اصابتوں میں مالمیو لیا، توہمات بلکہ مانیا تک ہو گیا ہے۔ اور تنگ و کبھی کبھی واقع ہو جاتا ہے۔ توجہ یا کسی اشتعال سے عصبی اضطراب اور قلبی فعل میں زیادتی ہو جاتی ہے۔ کبھی کبھی معتدل درجہ کی تپ بھی موجود ہوتی ہے۔ اور بعض مریضوں میں جلد کے مختلف کوئی تغیرات ظاہر ہوتے ہیں جیسے کہ معتدل درجہ کی سمرت، کلف یا برص۔ مختلف مریضوں میں حرارت کا ایک مصنوعی احساس سر اور گردن کی مٹھا ہٹ، پسینہ اور وقفہ دار البیومن بولیت بھی دیکھے گئے ہیں۔ مریضوں کو اکثر اسہال کے حملے ہو جایا کرتے ہیں جن کے ساتھ کبھی کبھی قے بھی ہوتی ہے۔ بعض اوقات بیش شکر دمویت کی وجہ سے شکر بولیت ہو جایا کرتی ہے۔ یعنی یہ کہ مریض شکر کی طبی مقدار نہیں لے سکتا بغیر اس کے کہ وہ پیشاب میں ظاہر ہو۔

بعض اوقات اس کے بعد حقیقی ذیابیطس شکاری ہو جاتی ہے، اور گریوز کے مرض کے مریض بعض اوقات ذیابیطسی قوما سے ہلاک ہوئے ہیں۔ تاہم حالت فاقوئی دموی تندرستوں کا طبعی درجہ پر ہوتی ہے۔ مگر برداشتِ شکر کے معنی میں کیسے قدر تانیہ پانی جاتی ہے۔ وقتاً فوقتاً علامات میں اشتداد کا امکان ہوتا ہے۔

485 تشخیص - ابتدائی درجوں میں، جھوٹا العین یا درقیہ کا تورم ظاہر ہونے سے پہلے تشخیص میں دقت پیش آتی ہے۔ اس مرض کو تمدن سے تمیز کرنا چاہئے۔ موائب سرعتِ ضرباتِ قلب سے، جب کہ برقی قلبی نگارشی طبعی موازنہ بالخصوص جب کہ پسینہ بھی آتا ہو، اس مرض کا اشارہ ہوتا ہے۔ تاہم آؤینی ریشکی انقباض ثانوی مرض گریوز میں عام ہوتا ہے۔ تنفسی تیز و ذکی تحریک کی بجائے (ملاحظہ ہو صفحہ 451) - دموی کلیسیم کا ۹ ملی گرام یا اس سے کم ہونا اور عضلی انقباض کے لئے دلیہ تحریک پذیری کا ۲۰ ملی ایمپیر سے کم ہونا بھی اشارہ کن ہے۔

اندار - حال ہی میں کمپبل (Campbell) نے ۱۲ مریضوں کی روئدادوں پر از ابتدا تا انتہا غور کر کے انکا نتیجہ کیا ہے، جن کا طبی علاج کھائیز ہسپتال میں ۱۹۱۷ء اور ۱۹۱۸ء کے درمیان کیا گیا۔ اس کے نتائج نہایت قریبی طور پر ایسی ہی ایکس تحقیقات کے مطابق پائے گئے جو پہلے ہیل و ہاٹ (Hale White) نے انجام دی تھی۔ اس عرصہ کے اختتام پر ۵۰ فی صدی مریض بالکل اچھے تھے۔ ۳۰ فی صدی تقریباً اچھے تھے اور پورے دن کا کام کرنے کے قابل تھے لیکن ان میں ایک یا دو امارتیں خفیف طور پر جاری رہیں۔ ۲۴ فی صدی بہت بہتر حالت میں تھے اور ہلکا کلام کرنے کے قابل تھے۔ ۱۳ فی صدی کی حالت میں اصلاح نہیں ہوئی یا ان کی حالت بدتر تھی۔ ۵ فی صدی اس مرض سے ہلاک ہو گئے۔ اگر علیہ یا عمیق لاشعاع کے ذریعہ علاج عمل میں لایا جائے تو انداز میں بہت اصلاح واقع ہوتی ہے۔ ۶۰ فی صدی اصابتوں میں مریض بغیر تکلیف کے پورا کام کرنے کے قابل ہو جائیگا (49 '50)۔

علاج - غذا ایسی سادہ کام میں لانا چاہئے جس سے سیری حاصل ہو جائے اور جس میں کاربوہائیڈریٹ بہ افراط ہو۔ الکحل اور تمباکو کو ضرر ہونے کا احتمال رکھتے

ہیں۔ چند ہفتوں تک بستر میں آرام کرنے سے مریضوں پر یقیناً مفید اثر ہوا ہے۔ اکاؤن مریضوں کے ایک سلسلہ میں جن میں صرف یہی علاج کیا گیا، تین چوتھائی کا اساسی تحول چھ مہینے کے اندر ۱۸ فی صدی سے نیچے ہو گیا (۵)۔ جب مریض اٹھنے لگیں تو انہیں نہایت خفیف ورزش کی اجازت دینی چاہئے۔ لیکن آرام بہت لینا چاہئے۔ جھونپلی کا ٹیڑھے مریض انسولین کے متحمل ہوتے ہیں اور ممکن ہے کہ مریض کو معمولی غذا پر رکھ کر انسولین کے ۲۰ یا ۱۵ یونٹس دن میں دو بار دینے سے کچھ فائدہ حاصل ہو جائے جس کے ساتھ باہر گرہن پیرا تمائز انڈر براہ وہن دن میں تین بار دئے جاتے ہیں (28)۔ مدقیہ پر برف لگانے سے تسکین حاصل ہوتی ہے۔

درقیہ کی فعالیت کم کرنے کے دو خاص طریقے ہیں: — یعنی (۱) گرہی لاشاعی (۲) علیہ کے ذریعہ غدے کا استیصال جس سے پہلے بعض اوقات ایک یا دونوں درقی شرائین کی گرہ بندی عمل میں لائی جاتی ہے۔ لاشاعی عموماً ابتداء مرض میں استعمال کی جاتی ہیں اور اگر ان سے کوئی اصلاح یا افادہ نہ ہو تب دینا علیہ کے متعلق غور کیا جاسکتا ہے۔ لاشاعی علاج زیادہ طویل عرصہ تک کر لینے سے مابعد علاج بالعلیہ زیادہ مشکل ہو جاتا ہے۔ حقیقتی جھونپلی کا ٹیڑھے میں محلول لوگال (Lugol's solution) (۵ فی صدی آیوڈین، پوٹاشیم آیوڈائیڈ کے ۵۰ فیصد محلول میں) کے ۵ قطرے روزانہ دینے سے عارضی طور پر بڑا فائدہ حاصل ہو سکتا ہے۔ اس سے تحول ایک یا دو ہفتوں میں گر کر طبعی درجہ پر ہو جاتا ہے۔ یہی نتیجہ آیوڈین کے ۵ فی صدی الکحلی محلول سے حاصل کیا جاسکتا ہے۔ اس کی متادہ ۵ قطرے روزانہ دئے اور اسے ایک یا دو ہفتے کے بعد ۳ یا ۴ قطرے تک گھٹا دیا جاتا ہے (29)۔ یہ علاج قبل الیہی علاج کے طور پر بہت نفع بخش ہو سکتا ہے اور اسے لاشاعی علاج کے ساتھ ساتھ بھی استعمال کیا جاسکتا ہے۔

# مخاطلی اڈیما

(myxoedema)

(بے در قیہ ضعیفہ = cachexia strumipriva)

مخاطلی اڈیما اور قمائت (cretinism) غده در قیہ کے اس مرض کے نتائج میں جس سے اس کے افراد کی قلت پیدا ہو جاتی ہے (ناقص در قیہ)۔ قمائت پیدائشی ہوتی ہے۔ مخاطلی اڈیما بعض اوقات بچپن میں پیدا ہو جاتا ہے (طفولی مخاطلی اڈیما = juvenile myxoedema) لیکن زیادہ عام طور پر وہ مابعد زندگی میں ہوا کرتا ہے۔

بحث اسباب۔ مخاطلی اڈیما مردوں کے نسبت عورتوں میں بہت زیادہ عام ہے، اور مریضوں کی اکثریت میں علامات تیس اور پچاس سال کی عمر کے درمیان شروع ہوتے ہیں، اگرچہ وہ اس قدر جلد کہ ساڑھے آٹھ سال کی عمر میں اور اس قدر دیر سے کہ ۶۰ سال کی عمر میں بھی شروع ہونا پائے گئے ہیں۔ موروثیت کی بعض دلائل بھی دیکھی گئی ہیں اور یہ زیادہ تر اکثر منسل جاعتوں میں دیکھا گیا ہے۔ ان اضلاع میں جہاں کانٹرائیک مقامی المحدث مرض ہے، قلیل در قیہ کی تمام قسمیں عام ہیں۔

مرضی تشریح۔ جلد میں یہ تغیرات ہوتے ہیں کہ پسینہ کے غدود دہنی غدود اور شعری جراثیم کے قرب وجوار میں نواتی نکاثر اور اتصالی بافت کا نمو ہوتا ہے۔ جلد کا جیلا تینی اور اڈیمائی ہونا جسے اُرد (Ord) نے مخاطلی اڈیما کا نام دیا تھا، صرف چند بار ہی مندرج ہے۔ تحت الجلدی شحم کی خاصی مقدار ہوتی ہے۔

جسم در قیہ اپنی طبعی جسامت سے گھٹ کر نصف یا ایک تہائی ہو جاتا ہے۔ وہ پھیکے، زردی مائل یا زرد رنگ کا اور لوچدار یا مقصلب، لیفی یا ساخت ربوہ ہو جاتا ہے۔ غده بالغہ منسل لیفی بافت پر مشتمل ہوتا ہے، جس میں غلیات کے منتشر کردہ ہوتے ہیں، جو حویصلات کے باقیات ہیں۔ اور بالآخر کثیف لیفی بافت کے سوا اور کچھ باقی نہیں رہتا۔ جسم نحاسی بڑا، یا بعض اصابتوں میں بڑا اور انحطاط یافتہ

ہوتا ہے۔ راقم الحروف کے ایک مریض میں فوق اٹکیے مذبول تھے۔ صلابت شریانی اور عضلہ قلب کا انحطاط عام ہیں۔ کلیسیم کی پر آمد کم ہو جاتی ہے۔

علامات۔ یہ ابتدائی غیر محسوس ہوتے ہیں، چنانچہ بیشتر اصابتوں میں میں تناو قستیکہ وہ خوب نو یا قستہ نہ ہو جائے معلوم نہیں ہوتا۔ پھر مریض کی شکل تمیز ہوتی ہے۔ چہرہ بے اظہار شکل ارتزازی سے لبتا جلتا ہوتا ہے۔ ناک پونٹے اور لب پھولے ہوئے ہوتے ہیں۔ چہرہ کی جلد میں نہایت مینز اور مخصوص جھریاں پائی جاتی ہیں۔ رنگ نمایاں طور پر زرد ہوتا ہے اور ساتھ ہی ہر گال پر ایک کسی قدر تیز سرخی چلتی ہوتی ہے اور لب گہرے سرخ یا تقریباً گہرے ہوتے ہیں۔ جسم کی جلد عام طور پر موٹی ہو جاتی ہے اور ٹانگوں اور پاؤں کی شکل قدرے اذیمائی ہوتی ہے، اگرچہ بہت سی اصابتوں میں (سب اصابتوں میں نہ سہی) تنفیر بالکل نہیں ہوتی۔ ہاتھ کی شکل میں بھی تغیرات واقع ہو جاتے ہیں، وہ بعد رسنی ہڈیوں کے سروں کے مقابل زیادہ چوڑا ہو جاتا ہے اور انگلیاں موٹی اور یکساں شکل کی ہو جاتی ہیں۔ اس تغیر کو ”پچھاوڑے جیسے“ (”spade-like“) کا نام دیا گیا ہے جو بہت زیادہ مینز نہیں۔ پاؤں بھی اسی طرح ماؤف ہو جاتے ہیں۔ پسینہ کم آتا ہے یا بالکل نہیں آتا، جلد خشک اور چھلکے دار ہو جاتی ہے، بال جھڑ جاتے ہیں جس سے سر پر محض ایک پتلی سی پوش رہ جاتی ہے، یا جلد الراس کا حقیقی گنچ (بہی صلمہ) = ”frontal alopecia“ او ”گسوری گردن“ = ”cassowary neck“) اور جموؤں کی بیرونی تہائی کا گنچ (”امارت ابرو“ = ”eyebrow sign“) اور لمکوں کا گنچ پیدا ہو جاتا ہے۔ ناخن ٹھٹھہ کر ٹھہر ٹھہرے ہو جاتے ہیں۔ مخاطی اعشیہ بھی یہی تغیرات ظاہر کرتے ہیں۔ بہر حال لہات اور نرم تالو متورم ہوتے ہیں اور زبان بڑی اور موٹی ہوتی ہے۔ مزید برآں دانت بوسیدہ یا ڈھیلے ہو جاتے ہیں۔ مریض کا عصبی نظام وہ دوری چیز ہے جو جاذب توجہ ہوتی ہے۔ وہ سست اور بے پروا نظر آتی ہے، بھول الخیال اور بھول الحکمت اور اکثر بھری ہوتی ہے۔ وہ سستی کے ساتھ اور سوچ سوچ کر بولتی ہے، گویا کہ اس کی موٹی زبان نطق میں میکافی طور پر مزاحم ہوتی ہے، لیکن کلم کے ساتھ آنکھوں کے حرکات اور اظہار کے عضلات کے حرکات کی سستی سے ظاہر ہوتا ہے۔



عصبی عضلی آلہ میں بھی خرابی بھگتی ہے۔ احوال کے متورم ہوجانے کی وجہ سے آواز بہت درجہ ارتفاع رکھتی ہے اور بھرائی ہوئی ہوتی ہے۔ جہاں تک ذہن کا تعلق ہے حافظہ ناقص ہوتا ہے۔ مریضہ اکثر چڑچڑائی یا شکلی، یاسست اور خواب آلودہ ہوتی ہے۔ اور مریضوں کے کچھ تناسب میں توہمات، اختلاطات اور تشنجات دیکھے گئے ہیں۔ لیکن یہ کہ درد سراور ریشتی دردوں کی شکایتیں بھی کیجائیں۔ بعض اوقات تکرر اُسی طرح ہوجاتا ہے جس طرح کہ وہ در قیہ کے علیتی استعمال کے بعد ہوتا ہے۔ پیش بیشتر تحت الحار ہوتی ہے، مریضہ کو سردی کی شکایت باسانی ہوجاتی ہے، اور اُس کے ہاتھ پاؤں اکثر سرداوندیلے ہوتے ہیں۔

نبض کمزور یا سست ہوتی ہے۔ ترقی یافتہ اصابتوں میں قلبی عرقی مرض ہوتا ہے اور منقود یا مرتکس ن موج اور پست و ولٹیج کی برقی قلبی نگارش حاصل ہوتی ہے، اور صلابت شریانی موجود ہوتی ہے۔ اور پیشاب رقیق ہوتا ہے اور بسا اوقات اُس میں تھوڑا البیومن موجود ہوتا ہے۔ امتحان خون سے خردخلوی عدم دمویت ظاہر ہوتی ہے جس کے ساتھ سرخ خلیتے گھٹ کر ۳۰۰۰۰ یا اس سے بھی کم ہوجاتے ہیں اور ہیموگلوبین بھی تناظر درجہ تک کم ہوجاتی ہے۔ اس میں قبض ہوتا ہے۔ شکر کی برداشت زیادہ ہوجاتی ہے چنانچہ اُس کی بڑی مقداریں بلکہ بعض اصابتوں میں ۱۰ اونس تک لے لینے سے بھی پیشاب میں کوئی شکر نہیں ظاہر ہوتی عورتوں میں کثرت طمث ہونا عام ہے۔ زیادہ شاذ طور پر عدم طمث ہوتا ہے۔ رُعاف، سوڑھوں سے خون آنا اور بواسیر غیر عام نہیں۔ جس کرنے پر در قی غده بالعموم چھوٹا پایا جاتا ہے اور طلقی غفروف سے نیچے اس جگہ جہاں خاکنائے ہوئی چاہے، قبضۃ الریہ کے حلقے جس کئے جاسکتے ہیں۔ رفتار مرض سست ہوتی ہے۔ ایسے مریض بھی معلوم ہو چکے ہیں جن میں یہ مرض دس سال یا زائد تک بلا کسی اہم تغیر کے موجود رہا۔ تاہم اس میں شبہ نہیں کہ یہ زندگی کو گھٹا دیتا ہے۔ مریض عضلی قلبی یا صلابت شریانی تغیرات سے، یا ہم رومراض جیسے کہ ذات الریہ اور جی الہتاب سے ہلاک ہوجاتے ہیں، یا عمومی یا عصبی خستگی، انہیں بتدریج نشانہ اجل بنا دیتی ہے۔ تشخیص۔ مخاطمی اذیمیا بیشتر اوقات مرض برائٹ یا عضلی قلبی اسخطاط

(myocardial degeneration) کے ساتھ خلط ملط ہو جاتا ہے۔ مگر گو اس مرض میں قدرے البیومن بولیت موجود ہوتا ہم کلوی و فلیفہ طبعی حالت میں ہوتا ہے۔ برقی قلبی نگارش میں کی غیر طبعی حالتیں علاج سے زائل ہو جاتی ہیں جس سے تشخیص میں مدد ملتی ہے۔ اساسی تحول کے امتحان سے جو نہایت شدید حالت میں معمول سے۔ ہر فی صدی نیچے ہو سکتا ہے، قطعی ثبوت حاصل ہو سکتا ہے۔

علاج - تھائرائڈیم (thyroideum) (B. P.) جو خشک کردہ غد سے بنا ہوا ہوتا ہے، آٹا گریٹن کی مقداروں میں برشامہ کے اندر رکھ کر یا گولی کی صورت میں روزانہ ایک دو بار براہ دہن دیا جاسکتا ہے۔ تا لینی تھائرائکین (synthetic thyroxin) بھی براہ دہن دی جاسکتی ہے، اور اس کی صغیر ترین روزانہ مقدار ۲ ملی گرام ہے۔ مخاطی اذیمیا کی نہایت شدید اصابتوں میں علاج براہ دہن ہمیشہ ہی کامیاب نہیں ہوتا، جس کی وجہ شاید یہ ہو سکتی ہے کہ غذائی خفے سے انجذاب نہایت مست ہوتا ہے۔ تھائرائکین کے ایک خاص طور پر تیار کئے ہوئے محلول کا دروں و ریدی اشرب آزما یا جاسکتا ہے، یعنی ۵ ملی گرام فی مقدار کی مین مقداریں ایک ایک ہفتہ کے وقفہ سے۔ لیکن محفوظ طریقہ یہ ہے کہ ۲ یا ۳ ملی گرام کے ایک اشرب سے شروع کریں، کیونکہ ممکن ہے کہ اس کے استعمال کے چوبیس گھنٹے بعد شدید رد عمل ظاہر ہو جائیں، جن کے علامات یہ ہیں: — نبض تیز، درد سر، لرزش، متلی، قے یا اسہال، اور پشت اور ٹانگوں میں درد۔ ۳، ۵ ڈائی آیوڈو تھائرونین (3:5 di-iodothyronine) ایک مادہ جو کہ تھائرائکین کے ساتھ کیمیاوی طور پر متجانس ہے، اور اس سے زیادہ حل پذیر ہے، کامیابی کے ساتھ استعمال کی گئی ہے (51)۔ اساسی تحول کے امتحان کے ذریعہ سے اس علاج کا مقدار کتنا چاہئے۔ جب اس ذریعہ سے جسم کے اندر تھائرائکین کا ذخیرہ صحیح مقدار تک بڑھ جائے تو پھر اس کا استعمال براہ دہن جاری رکھا جاسکتا ہے۔ درمہ کو کسی طور سے بھی دیا جائے، مناسب یہ ہے کہ چھوٹی خوراکیوں سے ابتدا کی جائے، ورنہ ذہنی علامات یکایک پیدا ہو جانے کا احتمال ہے۔

# قماّت

(cretinism)

قماّت یورپ کے پہاڑی ملکوں (سوئزرلینڈ، شمالی اطالیہ اور سیوائی) میں اور شمالی ہندوستان (چترال، گلگت) میں ایک مقامی المحدث مرض کے طور پر ہوتی ہے، جہاں گاٹری بھی بے انتہا پھیلا ہوا ہوتا ہے۔ اکثر یہ دونوں مالیہیں ایک ہی فرد میں یک جا پائی جاتی ہیں۔ فی الحقیقت ان میں کے بہت سے متاثر (cretin) گاٹری ہوتے ہیں۔ میک کیریسن (McCarrison) کو ہندوستان میں ۲۰۸ قمار میں سے اٹھاسی گاٹری ملے۔

انفرادی المحدث قماّت دوسرے قماّت مثلاً انگلستان میں ہوتی ہے۔ اس کے مبتلاؤں میں درقیہ قلت زوہ ہوتا ہے، یا خفیف سا گاٹری ہوتا ہے۔ امراضیات۔ فرد اور جماعت میں مقامی المحدث قماّت کا گاٹری کے ساتھ یکجا پایا جانا، بعض اصابتوں میں درقیہ کی غیر موجودگی، اور مغالطی اذیہا سے مشابہت یہ سب امور اس مرض اور غدہ درقیہ کے تعلقات کو ظاہر کرتے ہیں جب مقامی المحدث قماّت اور گاٹری ایک ہی فرد میں ظاہر ہوتے ہیں تو اول الذکر آخر الذکر سے پہلے ہوتی ہے لہذا وہ اس کی وجہ سے نہیں ہوتی۔ قماّت ایک یا دونوں والدین کی گاٹری حالت کی وجہ سے ہوتی ہے، اور ماں کے درقیہ کا ناقص فعل جنین میں خرابی پیدا کر دیتا ہے۔ یہ ضرر نزد رتی اور رتی، دونوں اجسام کو موقوف کرتا ہے۔

علامات۔ قماّت کے ممیز خصائص یہ ہیں:۔ بالیدگی ٹھہری ہوئی، سر بڑا اور چوڑا، چہرے کے خط و خال موٹے، آنکھوں کا ایک دوسری سے بہت دور ہونا، ناک چھٹی، منہ بڑا، ابتدائی عمر ہی میں ناہموار اور کھردری جلد میں جھریاں، سینہ تنگ، سخت بھرا ہوا، بالعموم سری فتق، ٹانگیں ٹیڑھی یا خمیدہ، کم ذہنی اتنی زیادہ کہ ابلیہ کی حد تک۔

یہ ممیز خصائص عموماً زندگی کے پہلے سال کے آخری نصف میں دیکھنے میں آتے ہیں۔ چلنے کی قابلیت بہت دیر میں حاصل ہوتی ہے، اور بالیدگی کی رکاوٹ

مکن ہے کہ اس قدر ہو کہ ایک بالغ قہمی پانچ یا چھ سال کے بچے سے زیادہ اونچا نہ ہو بلوغ میں بہت تاخیر ہو جاتی ہے، یا تناسلی وظائف بالکل غیر موجود ہوتے ہیں۔ تنکیم کی قوت نہایت آہستہ آہستہ حاصل ہوتی ہے یا بالکل نہیں حاصل ہوتی، اور بعض قہمی بہرے گونگے اور ابلہ ہوتے ہیں۔ بعض اصابتوں میں رقص المقلد، خول اور ٹانگوں کی شبہی استواری پیدا ہو جاتی ہے۔ اکثر اوقات ترقوؤں سے اوپر شمی تو دلوں سے بنے ہوئے سخت الجلدی سلماٹ پائے جاتے ہیں۔ عظمی نظام میں نمایاں نقائص موجود ہوتے ہیں۔ اس قذافی اور اس وندی ہڈیاں قبل از وقت منتظم ہو جاتی ہیں۔ لمبی ہڈیاں معمول کے نسبت مستقلاً چھٹی ہوتی ہیں، ٹانگیں خمیدہ ہو جاتی ہیں، اور گرد و غظم سے لیغی بافت مکمل کر ہڈی کے برابر اور پوری کے درمیان بڑھ جاتی ہے۔ پاؤں اور کلائی کی ہڈیوں کے تعظم کے مرکز بہت تاخیر کے ساتھ نمود ہوتے ہیں۔ ان ساختوں کے شعاع نگاری امتحان مفید ذرائع تشخیص ہیں۔

**علاج۔** مغالطی اذیمیا کی طرح قضا میں بھی خلاصہ درقیہ بہت کامیابی کے ساتھ استعمال کیا گیا ہے۔ اس کے زیر اثر بچوں کی بالیدگی سرعت کے ساتھ ہو کر بافتوں کی اذیمائی درریش جاتی رہی، اور بچے زیادہ سمجھدار ہو گئے۔ لیکن یہ تسلیم کرنا پڑتا ہے کہ بچے کی ذہنی اصلاح کے نسبت جسمانی اصلاح زیادہ آسانی کے ساتھ ہوتی ہے، خاص طور پر اس وقت جب کہ علاج دیر سے شروع کیا جائے۔

488

## نزد درتی غدد

(PARATHYROID GLANDS)

نزد درتی غدودہ چھوٹے اجسام ہیں جو تعداد میں عموماً چار اور درقیہ کے قریب یا اس کے پریم کے اندر واقع ہوتے ہیں۔ وہ ایک لیغی جال کے اندر سرحد آس خلیوں کے گروہوں پر مشتمل ہوتے ہیں، لیکن ان میں درقیہ جیسی جو لیغی ترتیب اور کولائڈی مشمولات نہیں ہوتے۔ پریم ناپ میں ۶ یا ۷ ملی میٹر یا ۳ یا ۴ ملی میٹر x ۱ یا ۲ ملی میٹر اور وزن میں تقریباً ۱۰ گریں ہوتا ہے۔ پہلا تھاہرمون (parathormone) جو ان

غده کا فعال جوہر ہے، تجارتی طور پر حاصل ہو سکتا ہے۔ اس کا اشراب کیا جائے تو پہلے پیشاب میں فاسفورس کی برآمد بڑھ جاتی ہے اور پلازما کا غیر نامیاتی فاسفورس لٹ جاتا ہے، پھر خون کے اندر کیلیم کی زیادتی پیدا ہو جاتی ہے (بیش کلیت)۔ مصلی کیلیم کے ایک خاص بحرانی لیول پر دومی فاسفورس فی انور بند ہو جاتا ہے، غالباً دومی و فلیف کے بدل جانے کے باعث، کیونکہ ساتھ ہی خون کی غیر پروٹینی نائٹروجن بھی بند ہو جاتی ہے۔ شدید بیش تکلس الدم کتوں میں واضح علامات پیدا کر دیتا ہے، لیکن آدمی اس قدر حساس نہیں ہے۔ نزدہتی بہت اقسام کی بیماریوں، سرایتوں وغیرہ میں استعمال کیا گیا ہے، جن میں مصل کے اندر رواں شدہ کیلیم کی مقدار پست پائی گئی ہے (ملاحظہ ہو دار الرقص)۔ افسوس کہ پیرا تنھارمون کا فصل تغیر پذیر ہے اور دوا کی طرف سے اہمیت با اوقات نوباب ہو جاتی ہے جس سے اس کی موثریت بالکل زائل ہو جاتی ہے (21)۔

نزدہتی تغیرات واقع ہو سکتے ہیں جیسے کہ بیش تکون، شمی، انطاط، لیتیتا دوری اور کولائڈی تکون۔

بیش نزدہر قیت (hyperparathyroidism) - ممکن ہے کہ اس غده کی بیش تکون سے گردن میں ایک رسولی پیدا ہو جائے، جو نکلنے وقت جس پیر ہو۔ مصلی کیلیم ۱۶-۱۷ ملی گرام فی صدی تک بڑھ جاتا ہے، اور پلازما کا فاسفیٹز (phosphatase) بلند ہوتا ہے اور کیلیم پیشاب میں روزانہ ضائع ہوتا ہے۔ دومی فاسفیٹ ہمیشہ پست ہوتا ہے۔ کیلیم ہڈیوں سے آتا ہے اور وہ مرض پیدا کرتا ہے جو کہ وان مایکلنگ ہائسن کے عمومی التهاب العظام لینی (generalised osteitis fibrosa of von Recklinghausen) کے نام سے مشہور ہے۔ یہ مرض مردوں کی نسبت عورتوں میں دو گنا زیادہ عام ہے۔

علامات ہڈیوں میں درد ہوتا ہے اور لاشعاعی امتحان متعظ منظر ظاہر کرتا ہے۔ یہ ہڈیوں میں منتشر طور پر پھیلتی ہوئی خضائوں (مستخوان شکن خلوی سلعہ osteoclastoma) کے باعث ہوتا ہے، جو خود بخود کسر واقع ہونے کا رجحان پیدا کرتی ہیں۔ ممکن ہے تشنگی، کثرت بول، کھانا، حصوات مصلیٰ کے عضلات کی بیش طمانی، متلی، تے اور لاغری ہو جو کہ شدید ماصاتوں میں ہوتی ہے۔ رسولی کے

استیصال کے بعد اصلاح شروع ہو جاتی ہے، لیکن دھوی کیلیم کے سرخ سقوط کی وجہ سے مکرز نہایت عام طور پر پیدا ہو جاتا ہے۔ اس میں سیرا تھارمون دینے سے تخفیف ہو سکتی ہے جو استعمال کرنے کیلئے ہمیشہ اس لئے چاہئے (21)۔ عملیہ کا بدل عقیق لا شعائیں ہو سکتی ہیں۔ مرکزی التهاب العظام لیفی (focal osteitis fibrosa) میں جو کہ عام تر ہے، کیلیم کے تحول میں کوئی غیر طبی بات نہیں پائی جاتی۔

## مکرز

(tetany)

مکرز نزد درتیہ کے مرض سے، خود بخود ناقص بنزد درتیہ (spontaneous hypoparathyroidism) میں پیدا ہو سکتا ہے، لیکن وہ نادر ہے۔ بعد عملیہ مکرز، درتی غلیات میں نزد درتیہ کے استیصال کے بعد ہونا خوب معلوم ہے۔ لیکن سریری مکرز کے بہت سے دوسرے اسباب بھی ہیں۔

بہت اسباب۔ وہ ہر عمر میں واقع ہوتا ہے، لیکن شیر خواروں اور نوجوانوں میں بالخصوص کثیر الوقوع ہے۔ بچوں میں اناٹ کے نسبت ذکر پر زیادہ اکثر حملہ ہوتا ہے۔ نسبت زیادہ عمر کے اشخاص میں ذکر کی نسبت اناٹ پر زیادہ اکثر حملہ ہوتا ہے۔ بچوں میں کٹاحتہ اور اہمال عام ترین اسباب مُعدہ ہیں۔ بالغوں میں یہ اسباب کار فرما ہوتے ہیں:۔ حل اور رضاعت، حموی امراض سے شغایائی، اتساع معدہ اور تندہ الامعاء اور راقم الحروف کے مریض میں صدی قولونی ناسور (gastro-colic fistula) جس کے ساتھ برازی میں آزاد ہڈیوں کے ایک ساتھ ہوتا تھا۔ وہ جسم درتی کے استیصال کے عملیہ کے بعد بھی ہو گیا ہے، جب کہ درتی کیساتھ نزد درتی اجسام بھی دور کر دیئے گئے تھے۔ ٹیک کیوری سن بیان کرتے ہیں کہ وہ ٹیکٹ (شمالی ہند) کی بلند وادیوں میں خورتوں میں عام ہے، اور یہ کہ ایسے تمام قبلاؤں میں گاٹر کی شکایت بھی ہوتی ہے۔ ممکن ہے کہ ان امیابوں میں وہ نزد درتی کے مرض کے باعث ہوتا ہو جو کہ ساتھ موجود ہے۔ مائل دورے ارگٹ کے تسیم (ergotism) سے اور لینت عظام (osteomalacia) کے ہمراہ اور سوڈیم بائی کالسیئم کے

تسم سے بھی دیکھے گئے ہیں۔ بعض اوقات بعض عصبی امراض (بالخصوص صرع (epilepsy) میں تکرر موجود ہوتا ہے۔ نیز تکرر وباؤں میں مزدوروں کے اندر سال کے بعض موسموں میں یورپ کے خاص خاص شہروں (وائٹا، ہیڈلبرگ) میں واقع ہوتا ہے۔ مصنوعی طور پر وہ مسلسل جبری تنفس سے پیدا کیا جاسکتا ہے جس سے جسم کے اندر سے کاربن ڈائی آکسائیڈ (CO<sub>2</sub>) دھکڑا بہر نکل جاتی ہے (بے دخانی = acapnia)۔

**امراضیات۔** اس مرض کا اصلی حمیہ خاصہ محیطی حرکی عصبیہ کی بیش تحریک پذیری ہے۔ اور یہ رائے ظاہر کی گئی ہے کہ آکسیجن کی احتیاج اس کا اولی سبب ہوتا ہے اور متعدد علامات یہ احتیاج پیدا کر دیتے ہیں (28)۔ مثلاً ممکن ہے کہ وہ قلبی دمویت جو سوڈیم بانی کاربونیٹ کے اشتراکات یا جبری تنفس (جس سے کاربن ڈائی آکسائیڈ واصل کر جسم سے باہر نکل جاتی ہے) کے سبب سے ہوتی ہے اس طرح عمل کرتی ہو کہ کسی ہیپوگلوکیمین سے آکسیجن کے افتراق کو زیادہ شکل بنا دیتی ہو (کشیہر طبعی = pleonexy) جس سے بافت کا آکسیجنی تناؤ کم ہو جاتا ہے۔ آخر الذکر کو انیڈین (guanidine) اور ہٹامین (histamine) کے تسم میں بھی واقع ہو جاتا ہے اور یہ دونوں تکرر کا سبب ہوتے ہیں۔ نزدورقیہ برآری (parathyroidectomy) خود آکسیجن کے تناؤ کو کم نہیں کرتی، اگرچہ یہ ممکن ہے کہ پست ذموی کیلیم کی وجہ سے خلیوں کی آکسیجنی رسد میں مزاحمت ہو جاتی ہو۔ ایسی مزاحمت کا وقوع سیانائیڈ کے تسم (cyanide poisoning) میں ہونا معلوم ہے۔ تجربی تکرر پیدا کرنے کا ایک دوسرا طریقہ یہ ہے کہ ایک ایسے کتے کے معدے کو جس کا بواب مسدود کر دیا گیا ہو، بار بار دھو ڈالیں۔ سوڈیم کلورائیڈ کے دروں وریڈی استعمال سے یہ تکرر موقوف کیا جاسکتا ہے۔ چنانچہ تلمع معدے (dilated stomach) (تسد ذموی intestinal obstruction) اور معدی قولونی ناسور (gastro-colic fistula) ان سب

کے تکرر کے متعلق یہ تصور کیا جاسکتا ہے کہ اس کا سبب جسم سے کلورائیڈ کا نقصان ہے۔ اور ان اصابتوں میں پلازما کی کلورائیڈ پست اور پلازما کی بانی کاربونیٹ بلند پایا گیا ہے، اور خون میں یوریا کی زیادتی بھی موجود ہوتی ہے۔ ان اصابتوں میں تکرر قلبی دمویت کی وجہ سے نہیں ہوتا (33) اور ممکن ہے کہ یہاں بھی وہ پست

روانی کیلیم کی وجہ سے ہو (24)۔ چنانچہ ہسٹریائی میٹس تنفس میں دماغی نغاصی خیال میں پست کیلیم پایا گیا ہے۔

علامات - ممکن ہے کہ حمل سے چند گھنٹے یا چند دن پہلے کسی قدر بے قراری یا کسندی یا بازوؤں کی اکڑ یا جھنجھکی محسوس ہو۔ بعض اوقات دورہ بلا کسی انتباہ کے ناگہانی طور پر ہو جاتا ہے۔ ایسی حالت میں ہاتھ کلائیوں پر مڑ جاتے ہیں، انگلیاں بعد رسنی سلاخی جوڑوں پر خمیدہ، سلامی جوڑوں پر پھیلی ہوئی، اور باہم مضبوط دبی ہوئی ہوتی ہیں اور انگوٹھے ہتھیلیوں کے اندر خمیدہ ہوتے ہیں، چنانچہ انگلیاں ایک مخروط بنا دیتی ہیں (ید قابلہ main) = "d'accoucheur" کہنیاں قدرے خمیدہ اور بازو جانبوں سے مقرب ہوتے ہیں۔ بعض اوقات چاروں انگلیاں ہاتھ کے اندر خمیدہ، کلائیوں پھیلی ہوئی، اور کہنیاں کامل طور پر خمیدہ ہوتی ہیں۔ جواج اسفل میں پاؤں ٹانگ پر پھیلا ہوا، حمارہ خمیدہ، اور پاؤں کی انگلیاں خمیدہ اور باہم ملی ہوئی ہوتی ہیں۔ یہ میز انقباضات ہیں اور بیشتر اصابتوں میں صرف یہی واقعہ ہوتا ہے۔ نہایت شدید اصابتوں میں شکم، سینہ، چہرے اور زبان کے عضلات کا شنج پیدا ہو جاتا ہے، نیز پشت کے عضلات میں شنج ہونے سے حنیف سی پس طنابی، اور انگوٹھوں کے عضلات کے شنج سے حوال پیدا ہو جاتا ہے۔ ممکن ہے کہ ماؤف حصوں میں کیقدر اینٹھن جیاد رہو اور ہاتھوں کی پشت متورم اور وریڈیں متمد ہوں۔ ممکن ہے کہ سینہ، تہما ہٹ اور پیش کا حنیف سا ارتفاع ہو۔ یہ شنج پانچ تا پندرہ منٹ میں موقوف ہو جاتا ہے، یا ایک دو یا زائد گھنٹوں تک جاری رہتا ہے۔ وہ بتدریج رفع ہو کر چند گھنٹوں یا دنوں کے وقفے کے بعد پھر مکرر ہوتا ہے۔

ان وقفوں کے دوران میں اعصاب و عضلات میکانیکی خراش سے زیادہ اثر پذیر ظاہر کرتے ہیں (Chvostek)۔ اعصاب کے قرع سے متناظر عضلات میں انقباضات پیدا ہو جاتے ہیں، اور یہ امر چہرہ میں عظم الوجہ اور زاویہ دہن کے بالکل بیچوں بیچ قرع کرنے سے خوب ظاہر ہوتا ہے۔ چہرے کو اوپر سے نیچے کے طرف سہلانے سے یکے بعد دیگرے عضلات کا انقباض پیدا ہو جاتا ہے۔



ٹراؤسٹو (Trousseau) نے پہلے بتلایا کہ بازوؤں کو مضبوط پکڑنے سے یا اعصاب و شرائین کو دبائے سے ان و قفوں کے زمانہ میں تازہ دور سے پیدا کئے جاسکتے ہیں۔ نیز حرکی اعصاب فراڈیت سے غیر معمولی طور پر اثر پذیر ہوتے ہیں، اور کلو انیت سے تو اور بھی زیادہ (Erb)۔ اگر ۲ ملی ایمپیر سے نیچے کی کلو انی روئیں زیر برقیہ کو بند کرنے یا زیر برقیہ کو کھولنے پر انقباض پیدا کر دیں تو اس سے ظاہر ہوگا کہ بیش تحریک پذیری موجود ہے، جو تکرز کی موجودگی کی دلالت ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 628)۔ طبعی جوت ۵ اور ۳ ملی ایمپیر کے درمیان ہے۔

490

لیکن دوروں کے درمیان وقفہ ہمیشہ نہیں ہوتا۔ بچوں میں مسلسل شنج زیادہ عام ہے، اور بالعموم میں ممکن ہے کہ شنج کلی طور پر ڈھیلانہ ہو، اسی واسطے اس شکل کے شنج کو متفتقر اور اس شکل کو جس میں کامل سکون کے وقفے ہوں متوقف کہتے ہیں۔ مخفی تکرز (latent tetany) میں جو خاصہ عام ہے، شنج کے حملے خود رو نہیں ہوتے۔

مکسج بچوں میں عصبی نظام کی غیر معمولی تحریک پذیری نہ صرف تکرز کی صورت میں، بلکہ صرصری شنج حنجرہ (laryngismus stridulus) اور تشنجات سے بھی ظاہر ہوتی ہے۔

نزدور قی تکرز میں عدسی عتات، جو کہ ابتدائی درجوں میں ایک شنگافی چراغ (slit-lamp) کے ذریعہ مشاہدہ کرائے جاسکتے ہیں، ناخنوں کا بھر بھراں اور حیدیت (ridging) ناقص مینا کی وجہ سے دانتوں کی مستعرض حیدیت، اور بالوں کا گر جانا واقع ہو سکتا ہے (21)۔

یہ مرض چند دنوں سے لے کر چند ہفتوں تک جاری رہتا ہے اور قاعدہ ہی کہ شغایابی ہو جاتی ہے۔ کبھی کبھی صحتیابی کے بعد تھوڑے عرصہ تک ٹانگوں کی کچھ کمزوری باقی رہ جاتی ہے، اور عضلی ذبول اور ریشکی لرزش بھی دیکھی گئی ہے۔ لیکن جب دورے شدید ہوں تو موت خستگی سے یا ذات الجنب سے (جو نفسی مزاحمت کا نتیجہ ہوتا ہے)، یا بچوں میں اسی اہمال کی وجہ سے واقع ہو جاتی ہے جس نے تکرز کو پیدا کر دیا تھا۔

**تشخیص**۔ شخصیات کی توزیع، یعنی اُن کا بالخصوص ماتحتوں اور بازوؤں میں واقع ہونا، اس مرض کو کنواژ (tetanus) سے ممیز کرتا ہے۔ ہسٹیریا کی انقباضات تکنر کی شکل اختیار کر سکتے ہیں۔ وہ عموماً ایک جانبی ہوتے ہیں اور دوسری ہسٹیریا کی حالتوں کے ہمراہ واقع ہوتے ہیں۔ مخفی تکنر (latent tetany) کی تشخیص امارات و آسٹیک و ٹراؤسٹو کی مدد سے کی جاسکتی ہے اور بعض اُن علامات کی موجودگی پر سے جو عموماً اُس کے ساتھ وابستہ ہوتے ہیں، یعنی دانتوں کے مینا کے نقائص، گردنواقی نزول المار (perinuclear cataracts)، بالوں اور ناخنوں کے اسود تغذیہ اور متوالی التهاب ملحقہ۔

**علاج**۔ پیراتھارمون (parathormone) تحت الجلدی دروں عضلی یا دروں وریدی راہ سے روزانہ ۱۰ تا ۳۰ یونٹس دیا جائے۔ بیش متناوی کی سب سے پہلی علامت قے ہوتی ہے کیلیم کلورائیڈ (calcium chloride) (۱۵-۲۰ گریم، شیرخوار بچوں کی حالت میں) براہ دہن ہر چوتھے گھنٹے دیا جاتا ہے (25)۔ کلورین دوران خون کے اندر جا کر کلورائیڈ کی کمی کی تلافی کر دیتی ہے اور کیلیم امعاء سے خارج ہو جاتا ہے۔ ایمونیم کلورائیڈ (ammonium chloride) بھی بڑی متناووں میں آزما یا جائے۔ اس کا ایمونیا یوریا میں تبدیل ہو جاتا ہے، چنانچہ اس صورت میں بھی ہائڈروکلورک ایسڈ سے فائدہ حاصل کیا جاسکتا ہے۔ یہ دوا میں براہ مسامستقیم بھی دی جاسکتی ہیں۔ مریض کی مُعَدّہ حالت کو حتی الامکان دور کر دینا چاہئے۔ مثلاً معدی اتساع کا علاج جراحی عملیہ (معدی صائمی تغیر gastro-jejunosomy = کے ذریعہ سے کرنا چاہئے۔ بچوں میں اسہال کا علاج کرنا چاہئے، اور کُحاتہ (rickets) کا تدارک زوغن کا ڈیسیور، فولاد مناسب غذا، وغیرہ سے کرنا چاہئے۔ عورتیں اپنے بچوں کو دودھ پلانا چھوڑ دیں اور فولاد اور دوسرے مقویات استعمال کریں۔

## غده تیموسیہ

(THYMUS GLAND)

غده تیموسیہ کا وزن پیدائش سے لے کر ایک سال تک، وزن جسم کا تقریباً ۱ فی صدی ہوتا ہے، اور ۱۱ اور ۱۶ سال کے درمیان اس وزن کا ۸۵ فی صدی ہوتا ہے لیکن اگر احتیاط کے ساتھ تلاش کیا جائے تو بالغ عمر میں بھی اس کا باقی حصہ مل سکتا ہے، جو لیمفی اور شمعی بافت، لیمفی خلیوں کے جزیرات اور چند جسامتیں (Hassall's corpuscles) پر مشتمل ہوتا ہے (Dudgeon)۔ ذبول میں جو بچوں میں ضمور (marasmus) یا تدریجی یا دوسرے مزمن ہزال آفریں امراض کے ہمراہ پایا جاتا ہے، یہ غده جسامت میں گھٹ جاتا ہے۔ تیموسیہ کی کلائی، متعدد امراض میں پائی جاتی ہے، جن میں سے اہم ترین یہ ہیں: — بیض مروت (leukæmia) بالخصوص لمفائی قسم کی مرض، لیکن، جھونکی گاٹر اور مترقی عضلی نہاکت (myasthenia gravis)۔ تمدن کے اثر سے غده متغیر ہو کر ایک لیمفی جُسنی تودہ بن سکتا ہے، اور غده میں نو بالید بھی ہو سکتی ہے۔

زمانہ ماضی میں غده تیموسیہ کی انتہائی اہمیت یہ بتائی گئی ہے کہ یہ اس حالت میں جو کہ تیموسی لمفی حالت (status thymo-lymphaticus) کے نام سے مشہور ہے، ناگہانی موت کا باعث ہوتا ہے۔ یہ تشخیص ایسی موت کی توجیہ کے لئے کی گئی ہے جو معدم حس کے تحت خاص طور پر بچوں میں واقع ہو، اور موت کا سبب واضح نہ ہو۔ ان اصابتوں میں بسا اوقات تمام جسم کی لیمفی بافتوں کی عام شہنشاہت پائی جاتی ہے، اور تیموسیہ کو بڑھا ہوا سمجھا گیا ہے۔ لیکن اس کے خلاف واقعہ یہ ہے کہ لیمفی بافت کی مقدار غالباً اس سے ہرگز زیادہ نہیں ہوتی کہ جتنی ایک طبی بچہ میں موجود ہوتی ہے، گو کہ ایک ایسے بچے میں جو ہزال آفریں مرض سے مراد لیمفی بافت ذبول ظاہر کرتی ہے۔ تازہ تحقیقات سے اب یہ پتہ چلا ہے کہ

تیموسی غدہ بھی طبعی حدود کے اندر ہوتا ہے، لہذا تیموسی لمفی حالت کی تشخیص کسی حقیقت پر مبنی نہیں اور مستقبل میں ایسی اموات کو معدم جس کی طرف براہ راست منسوب کرنا چاہئے، یا ناگہانی موت کی دوسری مثالوں میں کسی نامعلوم سبب کی طرف۔

## فوق الکلیہ کیسے

(SUPRARENAL CAPSULES)

فوق الکلیہ کیسے دو حصوں پر مشتمل ہیں :-

۱۔ قشرہ (cortex) (ربین کلوئی نظام = interrenal system) میاں آدمی خلیوں سے ماخوذ ہوتا ہے جو اعضائے تناسل سے قریبی تعلق رکھتے ہیں۔ اس میں کالیسٹرین ایسٹر (cholesterin esters) اور لیسیتھین (lecithin) بڑی مقدار میں موجود ہوتے ہیں اور اس کا زور رنگ انھیں کی وجہ سے ہوتا ہے۔ اس کا وزن پورے غدے کا ۹۰ فی صدی ہوتا ہے اور وہ دورانِ گل میں کی مقدار زیادہ بڑا ہو جاتا ہے۔ قشرہ کے لیپائیڈز ساری نوعیت کے ایک حاد حموی مرض کے باعث جو کہ ہلک ہوتا ہے چند ہی روز میں غائب ہو جاتے ہیں اس کے برعکس وہ خواہ کی حالتوں مثلاً خبیث مرض میں خارج نہیں ہوتے۔ اس لحاظ سے وہ معمولی جسمانی شتم کے بالکل برعکس خاصہ ظاہر کرتے ہیں۔ قشرہ صنف کے ساتھ تعلق رکھتا ہے۔ شاذ الکصابوں میں جہاں قشرہ بیش پرورہ ہوتا ہے، اعضائے تناسل کا نمو متبادر ہوتا ہے اور مردانہ خصایص کی زیادتی پائی جاتی ہے۔ زیادہ عام طور پر یہ علامات قشرہ کے سرطان سے پیدا ہو جاتے ہیں (جو ملاحظہ ہو)۔ اس کے برعکس فوق الکلیوں کی ناقص تکوین بعض اوقات اعضائے تناسل سے بالوں کے غائب ہو جانے یا ابتدا ہی سے ان بالوں کی غیر موجودگی اور اعضائے تناسل کی ناقص تکوین کی حالتوں میں دیکھی گئی ہے۔ قشرہ میں ایک ترکیبی شے ہیکسورائیک ایسڈ یا اے سکاربک (hexuronic acid or ascorbic) حیاتین ج سے مائل (ملاحظہ ہو) موجود ہوتی ہے جو جسم کے آکسی ڈیسینز (oxidases) کا اتناغ کرتی ہے۔

جب یہ ترجیحی شے غیر موجود ہو، جیسے کہ مرض ایڈیسن میں، تو یہ آکسیڈائیزیشن کے ترکیبی سالمات کے ہائڈروکینون گروہوں (hydroquinone groupings) کو سیاہ رنگ رکھنے والے کیونون گروہوں (quinone groupings) میں متغیر کرنے میں پورے طور پر کارفرما ہوتے ہیں اور اس طرح جسم کو رنگ دیتے ہیں (27)۔ ہوا میں کھلے رہنے پر ایک تازہ کٹے ہوئے سیب کا سیاہ پڑ جانا بھی تکیہ کی وجہ سے ہی ہوتا ہے۔ آخر ایہ کہ قشر میں ایک نوعی مادہ موجود ہوتا ہے جو کہ ایڈیسن کے مرض کو روکتا ہے اور فوق الکلوئ قشری خلاصہ (suprarenal cortical extract) ایسکاٹین (aschatin)، یوکارٹون (eucortone) یا کارٹین (cortin) کے نام سے مشہور ہے۔

۲۔ لُب (medulla) انھیں غلیوں سے اخذ ہوتا ہے جن سے مشار کی عصبی نظام کے عقدی خلیے ماخوذ ہوتے ہیں۔ باکرومیٹ (bichromate) سے وہ میز و مخصوص تلوینی تعامل ظاہر کرتا ہے اور اس میں اسے ایک کروما فینی جسم (chromaffine body) کہتے ہیں۔ وہ ایڈرینلین (adrenin) یا اپی نیفرین (epinephrin) نام کی ایک شے تیار کرتا ہے جو بذریعہ تالیف بھی تیار کر لی گئی ہے اور کیمیائی لحاظ سے آرٹھو ڈائی آکسی فینائل ایٹھانائل میتھائل امین (ortho-dioxyphenyl-ethanol-methylamine) ہے۔ اخلاقی اعصاب کو متہیج کرنے پر یہ شے خون کے اندر منضوب ہو جاتی ہے۔ یہ تمام مشار کی عصبی منتہاؤں پر ایک قوی اثر رکھتی ہے۔ طبعی حالات کے تحت دوران خون کے اندر یہ انضباب اُس وقت واقع ہوتا ہے جب کہ تحریک، درد، خوف اور غصہ کے قوی جذبات پیدا ہوتے ہیں۔ اس حالت میں ہضم اور تجدید پیدائش سے متعلق اعمال کا امتناع ہو جاتا ہے۔ حیوان جنگ کے لئے یا فرار ہونے کے لئے مستعد ہو جاتا ہے۔ اس کی پٹلیاں پھیل جاتی ہیں۔ جلد پھیکے رنگ کی ہو جاتی ہے۔ بال کھڑے ہو جاتے ہیں۔ حرکت قلب تیز ہو جاتی ہے۔ جگر پر اس شے کے فعل سے خون میں شکر زیادہ ہو جاتی ہے۔ ڈھانچے کے عضلات زیادہ قوت ظاہر کرتے ہیں اور جلد نہیں ٹھکتے۔ خون کی ترویج پذیر زیادہ ہو جاتی ہے اور اگر وہ حیوان زخمی ہو جائے تو ترویج کی یہ زیادتی کارآمد ہوتی ہے۔ اس میں شک

نہیں ہو سکتا کہ ایک یوانے شخص کی طاقت جو ضرب الاشغال میں پائی جاتی ہے، ایڈرینین کے انقباض کے باعث ہوتی ہو اور اسکے معظنوں میں انکی قوت محسوس کرتے ہیں، حامل قوی جذبات کا رد نہیں ہوتے، عقابست متبدل (dementia praecox) میں یہ پایا گیا ہو کہ لب قلب ہوتا ہو اور نیو جیاتی تغیرات ظاہر کرتا ہے (28)۔

یہ خیال ظاہر کیا گیا ہے کہ بدن میں پیدا شدہ حرارت کی تنظیم بڑی حد تک ایڈرینین کی رسد کی وجہ سے ہوتی ہے، جو بکر بر عمل کرتی اور گلائیکوجن کو منتقل کرتی ہے، اور یہ کہ تب ایڈرینین کے سریع انصباب کا نتیجہ ہوتی ہے۔ اس مفروضہ کی بنا پر وہ ناگہانی شدید تب جو لب کے اندر نوزف یا شدید استلا کے ہمراہ پائی جاتی ہے، 'حاد بلیش ایڈرینالیت (hyper-adrenalism) کی علامت ہے (15)۔ ایسے نوزفات عموماً نوعی جیات، مثلاً طیریا، ذات الریہ، سرخ بادہ، پر پو یا وغیرہ کے باعث ہوتے ہیں، جن میں لب کے استلا کی توقع ہو سکتی ہے۔ لیکن یہ نوزف فوق الکلوئی وریدوں کی غلیظیت کے باعث بھی واقع ہو سکتا ہے۔ اور اسی واسطے اس حالت میں تب سرایت کی وجہ سے ہرگز نہیں ہوتی بلکہ مشار کی تہج کے باعث ہوتی ہے۔ یہ ایک 'مؤثر شام کی تب' ("sympathetic fever") ہے۔

492

ان میں سے بعض اصابتوں میں ممکن ہے کہ تب جاتی رہے اور اس کے بعد تحت الطبعی تیش، ہناکت اور ہبوط واقع ہو جائے۔ یہ حاد قلیل ایڈرینالیت (hypo-adrenalism) کے علامات ہیں، جو لب کے تلف ہو جانے کے باعث پیدا ہو جاتے ہیں۔ اس تعلق میں یہ یاد رکھنے کے قابل ہے کہ عام ضیق کے ساتھ بتدریج ہلاکت کو پہنچنے والے اشخاص میں لب کا ایڈرینالین مافیہ ۰.۲ ملی گرام سے لے کر ۳.۳ ملی گرام تک پایا جائے گا، درآں حالیکہ ناگہانی موت کی مثالوں میں انکی مقدار ۵.۴ ملی گرام ہوتی ہے۔ حاد قلیل ایڈرینالینیت کے دوسرے علامات شراسینی درد کا ناگہانی حملہ اور آئیمیت ہیں، اور اس کے بعد شکم کا تمدد اور تشجات، قوما اور نڈیان، یا ایک محرقی درجہ۔

# مرض ایڈیسن

(Addison's disease)

اس مرض کو سب سے پہلے ڈاکٹر تھامس ایڈیسن نے ۱۸۵۵ء میں بیان کیا۔  
 بحث اسباب - یہ مرض سر عمر میں ہو سکتا ہے، اور ذکور میں نسبتاً زیادہ  
 عام ہے۔ ہڈیوں ایک نہایت کثیر الوقوع سبب ہے۔ بعض اصابتوں میں فوق الکلی  
 کیسے ماسبق سل ریوی یا شوکی بوسیدگی (spinal caries) یا خصری خراج (psaos  
 abscess) سے سرایت زدہ ہو جاتے ہیں۔ لیکن بہت سی اصابتوں میں یہ ان  
 غد کی ایک ادلی درنی سرایت ہوتی ہے۔ تراشنے پر یہ نیم شفاف رمادی یا سبزی مائل  
 رمادی بافت اور غیر شفاف زرد جینی جرم کا ایک مجموعہ ظاہر کرتے ہیں۔ بعض اوقات  
 یہ جینی مادہ نرم ہو کر ایک ریوی کہفہ بن جاتا ہے۔ ۲۵ فی صدی اصابتوں میں تغیر صرف  
 یہی ہوتا ہے کہ قشرہ کا ذبول واقع ہو جاتا ہے (29)۔ دوسری مثالوں میں ان غد  
 پر سلعہ کا حملہ ہوتا ہے، یا عروق کی علقیت واقع ہو کر خون کی دعا بدری ہوتی ہے۔  
 امراضیات - مرض ایڈیسن فوق الکلیہ کے قشرہ کے اتلاف کے باعث  
 ہوتا ہے جس سے اے سکاربک ایسڈ (ascorbic acid) کا فقدان ہو جاتا ہے  
 جس کا نتیجہ جیسا کہ پہلے سمجھایا گیا ہے، لونیت ہوتی ہے۔ نیز نوعی قشری مادہ کی عدم  
 موجودگی نلازما کے سوڈیم کلورائیڈ کا سقوط پوٹاسیم کا ارتفاع، اور نائٹرو جینی مادوں کا  
 کلوی اعتبار پیدا کرتی ہے۔ گردے اب بھی بہت سے کلورائیڈ اور وافر پانی کا خراج  
 کرتے ہیں۔ یہ حیاتی کیمیائی تغیرات خون کے ارتکاز کی وجہ سے کثیر خلوی دمویت و باؤ  
 کی کمی اور اس مرض کی عمومی ہناکت، اور شاید معدی معوی اختلالات پیدا کر دیتے ہیں۔  
 اساسی تحول طبعی درجہ سے نیچے پایا گیا ہے (4)۔

علامات - اہم علامات یہ ہوتے ہیں:- کمزوری، خون کے دباؤ کی کمی،  
 قے، اور لونیت۔ آغاز مرض عموماً غیر محسوس طور پر ہوتا ہے اور مریض کو بہت درج  
 کمزوری، انخفاض، نڈ حال پن اور محنت کے لئے بے رغبتی کی شکایت ہوتی ہے۔  
 ممکن ہے کہ کوکھوں، مرق یا شرا سیف میں درد ہو۔ قلب کا فعل نہایت ضعیف

ہوتا ہے، اور بستر میں اٹھنے پر غشی یا دوران سر یا محنت کرنے پر سانس کا بھونٹا یا اختلاج ہوتا ہے۔ نبض کے ضربات فی منٹ اتنی سے نو تک ہوتے ہیں اور صغیر و ضعیف ہوتی ہے۔ خون کا دباؤ نہایت کم ہوتا ہے، اور اتنا کم کہ پارے کا ۸۰ یا ۶۰ ملی میٹر ہوتا ہے۔ اشتہا عموماً کم ہوتی ہے، اور متلی آبکائیاں اور قے مرض کے اہم مظاہر ہیں۔ جوں ہی کہ بحران ہوتا ہے، اور اربابول اور اس کے ساتھ خون کا ارتکاز اور کثیر خلوی و سویت پیدا ہوتی ہے۔ چڑچڑاہٹ اور بے چینی بعض اوقات نہایت نمایاں ہوتی ہے۔ جلد کی عجیب و غریب بد رنگی ایک ایسی ظلمت ہے جو سب سے زیادہ جاذب توجہ رہی ہے۔ ممکن ہے کہ یہ علامت متذکرہ بالا عمومی علامات کے ساتھ ساتھ دیکھی جائے، یا ان سے پہلے نمایاں ہو جائے، یا ان کے نمایاں ہونے کے کئی ماہ بعد واقع ہو۔ اصابتوں کے اس آخری گروہ میں اگر عمومی علامات نہایت شدید ہیں تو ممکن ہے کہ وہ جلد کے ماؤف ہونے سے پہلے ہی مہلک ثابت ہو جائیں۔ چنانچہ بعض اوقات مرض ایڈمیں میں لونیت غیر موجود ہوتی ہے اور اس کی وجہ اسی طرح کی جاتی ہے۔ یہ لونیت یا سھرت، اپنی ہلکی چھائیوں میں قائم یا زردی مائل بھوری اور بعض اوقات زیتونی یا سبزی مائل بھوری رنگت کی ہوتی ہے۔ اس کی زیادہ نمایاں شکل میں جلد کارنگ گہرا بھورا، ایک خلاسی کے رنگ کی طرح ہوتا ہے۔ یہ لونیت عموماً اولاً جلد کے ان حصوں کو متاثر کرتی ہے جو قدرتی طور پر کھلے ہوئے ہوتے ہیں جیسے کہ چہرہ، گردن، ہاتھوں اور انگلیوں کی پشت، لیکن جلد اس یا مونچھوں کے نیچے لب کی جلد غیر متاثر رہتی ہے۔ دویم یہ ان حصوں کو متاثر کرتی ہے جو قدرتی طور پر دوسرے حصوں کے نسبت زیادہ رنگ دار ہوتے ہیں جیسے کہ بغلیں، قعیب، صفن اور بھٹنیوں کے ہائیرے۔ سویم یہ دباؤ اور ضعیف چوٹ کے مقامات کو متاثر کرتی ہے جیسے کہ حرکتوں میں موازہ بندوں اور کمر بندوں کے نشانات، اور وہ مقامات جہاں آبلہ آور اور پلستر لگائے گئے ہوں۔ لیکن جلد کو تلف کر دینے والے زخموں کے ندبات سپید ہی رہتے ہیں اور رنگ کی ایک گہری تہ ان کی سرحد بناتی ہے۔ بعض اوقات ہتھیلیوں کی گہری لکیریں سیاہ ہو جاتی ہیں۔ ممکن ہے کہ جلد کے



اُن حصوں پر جو سیاہ ہو گئے ہیں چھوٹے چھوٹے سیاہ دھبے، تلوں یا چھائیوں کی طرح نظر آئیں۔ ترقی یافتہ اصابتوں میں ممکن ہے کہ سارے جسم پر لونیت چھا جائے۔ لیکن اس درجہ تک پہنچنے سے پہلے ہی میں مرض کو عموماً پہچان لینے کے لئے تیار رہنا چاہئے اور فی الحقیقت بہت سے مریض ایسی عام لونیت کے وقوع سے پہلے ہی ہلاک ہو جاتے ہیں۔ یہ لونیت جلد ہی تک محدود نہیں ہوتی۔ اکثر ہر لب کی اندرونی جانب پر ایک آسانی مائل سیاہ لکیر غامضی فشا کے برابر برابر اور ایک اور جلد کے اتصال کے خط کے متوازی دوڑتی ہوئی نظر آ سکتی ہے۔ اور ممکن ہے کہ دوسری زیادہ بے قاعدہ چکیتیاں گال کی غامضی خشا پر اور زبان کی جانب پر واقع ہوں۔ معلوم ہوتا ہے کہ ان میں سے بعض بوسیدہ دانتوں کی موجودگی اور ان کی خراش پر منحصر ہوتی ہیں۔ بالعموم پیش طبی درجہ پر ہوتی ہے اور بول طبی ہوتا ہے۔ اگرچہ مریض کمزور ہوتا ہے لیکن اس کا منخول یا عذیم الدم ہونا لازمی نہیں بلکہ ممکن ہے کہ تحت الجلد شحم کی خاصی موٹی تہ اس کے خاتمہ تک باقی رہے۔

مرض کا مرنہایت تغیر پذیر ہوتا ہے۔ اشتدادات اور فترات اس کے نمایاں خصائص ہوتے ہیں، اور شدید مرض کے زمانے جو مریض کو فریض رکھتے ہیں، مقابلہ پر صحت زمانوں کے ساتھ متبادل ہوتے ہیں۔ لیکن ہر تازہ اشتداد کے بعد مریض یقیناً پہلے کے نسبت خراب تر حالت میں ہوتا ہے۔ مدت مرض چند ماہ سے لے کر چھ یا سات سال تک ہوتی ہے۔ موت زیادہ تر نہایت کی وجہ سے واقع ہو جاتی ہے، کیونکہ مریض بتدریج زیادہ سے زیادہ کمزور ہو کر غنودگی کی یا نیم قوایی حالت میں پہنچ جاتا ہے، جس میں نبض زیادہ ضعیف ہوتی جاتی ہے۔ کبھی کبھی ہڈیاں اور شجاعت اس منظر کا خاتمہ کر دیتے ہیں۔ بعض اصابتوں میں عام علامات اور نہایت خفیف سی لونیت صرف چند مہینوں تک دیکھی گئی ہے، اور پھر انتہائی انبطاح واقع ہو کر چند ہی ہفتوں میں مریض کا خاتمہ ہو جاتا ہے۔

تشخیص - مندرجہ ذیل غلطیاں ہونے کا نہایت امکان ہوتا ہے:-  
(۱) دوسری کسی بدرنگی کو مرض آئیڈین سمجھ لینا۔ (۲) جب لونیت خفیف یا غیر موجود ہو، علامات مرض کی شناخت میں ناکام رہنا۔ وہ بدرنگیاں جو غلطی سے

مرض ایڈنم بھی جاسکتی ہیں حسب ذیل ہیں: خفیف یرقان، یا متلف عدم دمویت (pernicious anaemia) کی بد رنگی۔ تغلل (phthetriasias) جسکی شناخت خراشیدگیوں سے، اور لونیت کے ان حصوں میں محدود ہونے سے کی جاسکتی ہے جہاں تک انگلیوں کے ناخن پہنچ سکتے ہیں، نیز چہرہ بالکل متاثر نہ ہونے سے۔ ملیریا اور سیلیریوی کی پسپائی اور ٹیالی رنگت۔ کلف رحمی (chloasma uterinum) عورتوں میں۔ اور 'معدن' مختلف الالوان (tinea versicolor) ابتدائی درجوں میں، بن میں سیاہی زیادہ نہیں ہوتی، بلا سبب کمزوری اور ساتھ ہی ضعیف و صغیر نبض اور قے تشخیصی خصائص ہوتے ہیں۔ حیاتی کیمیائی اور علاجی کاشفات سب سے زیادہ یقینی ہیں۔ علامات ایک بے نمک غذا سے زیادہ شدید ہو جاتی ہیں (اگرچہ یہ خطرہ سے خالی نہیں) اور نمک دینے سے ان میں اصلاح ہو جاتی ہے اور قشری خلاصہ سے وہ غائب ہو جاتی ہیں۔ آخر الذکر پلازما کے کلورائیڈ کو مرتفع کر دیتا اور دوسرے غیر طبعی حیاتی کیمیائی تغیرات کو زایل کر دیتا ہے۔

علاج۔ یہ طب میں نہایت ہی جدید ترقیوں کا آئینہ دار ہے۔ نمک روزانہ ۱۰-۱۵ گریمن کی معتادوں میں مرض میں تخفیف پیدا کرتا ہے۔ کلاٹرین ۱۰ اسی سی نمک کا روزانہ زیر جلدی اشراب علامات کو بالکل دور کر دیتا ہے اور لونیت غائب ہو جاتی ہے۔ اس قیمتی دوا کی بہت حد تک ضرورت نہیں پڑتی، بشرطیکہ نمک دیا جائے۔ لونیت، لے سکاربک ایسڈ دینے سے غائب ہو جاتی ہے (ملاحظہ ہو)۔

## فوق الکلیہ کیسوں کی رسولیا

ان غدود کو موقوف کرنے والی رسولیاں غدی سلمہ (adenoma)، لحمی سلمہ

(sarcoma)، سرطان (carcinoma) اور عصبی ناہضی سلمہ (neuroblastoma)

ہیں۔ لحمی سلمہ نہایت شاذ ہوتا ہے، اور صرف بالغوں میں پایا جاتا ہے۔ عصبی ناہضی سلمہ بچوں میں ہوتا ہے اور غدے کے لب سے پیدا ہوتا ہے۔ وہ ایک خبیث البتہ

اور صغیر خلیہ لحمی سلعہ سے مشابہ ہوتی ہے، لیکن اُس میں گلچے ہوتے ہیں جو مرکزی عصبی نظام کے نوابوں کا مخصوص و ممیز خاصہ ہیں۔ وہ ہڈیوں میں ثانوی جماؤ بہ آسانی پیدا کر دیتا ہے۔ ممکن ہے کہ وہ ایک بڑا تودہ بنا دے جو غلطی سے کلوی رسولی سمجھ لیا جائے۔ تا وقتیکہ اس کا جلد استیصال نہ کیا جائے اُس کے مہلک ثابت ہونے کا امکان ہوتا ہے۔ سرطان شاذ ہی اولی ہوتا ہے لیکن وہ عموماً وسیع ثانوی ضررات کا جز ہوتا ہے۔ اولی ہونے کی حالت میں وہ ایک صغیر خلیہ سرطان ہوتا ہے جس سے نرف اور نخر آسانی پیدا ہو جاتا ہے۔ ان خلیوں کی ترکیب آئینیسی یا جو فیزی ہوتی ہے یا یہ عروق و مویر کے گرد نصف قطری صورت میں جمع ہوتے ہیں۔ اور ان میں فوق الکلوئ قشرے سے ایک عام مشابہت ہوتی ہے۔ جسم کے مختلف حصوں میں سلعہ کا انتشار بذریعہ سروح واقع ہو سکتا ہے۔ جب یہ بالید موجود ہوتی ہے تو اُس سے سلعی خلیات کی فعالیت (ہیش بین کلویت hyper-interrenopathy کے باعث مخصوص اور ممیز علامات پیدا ہو جاتے ہیں۔ یہی علامات قشرے کی سادہ ہیش پرورش کی حالت میں بھی دیکھے جاتے ہیں۔ اگر فتور دروں رحمی حیات کے دوران میں شروع ہوا ہے تو نسائی خنوثیت کا ذبہ (female pseudo-hamaphroditism) دیکھی جاتی ہے، یعنی وہ فرد حقیقت میں عورت ہوتی ہے، کیونکہ بیضین موجود ہوتے ہیں، لیکن بیرونی خصایص مردانہ ہوتے ہیں۔ یہ حالت پیدائشی ہوتی ہے اور اس کا سبب عموماً دو جانبی قشری ہیش ٹکون ہے۔ جب یہ مرض پیدائش کے بعد جلد ہی شروع ہو جاتا ہے تو وہ حالت پیدا کر دیتا ہے جسے بلوغ قبل از وقت کہتے ہیں۔ یہ بچے شیم ہوتے ہیں۔ لڑکوں میں متبادر اور متجاوز الحد تناسلی نمو پیدا ہو جاتا ہے۔ بڑی عضلی طاقت نمودار ہو کر وہ حالت پیدا ہو جاتی ہے جیسے صبیانی ہرکیولی قسم (infantile Hercules type) کہتے ہیں۔ چہرے پر بال نمودار ہو جاتے ہیں اور تناسلی وظائف بڑھ جاتے ہیں۔ لگا بہ تائیت (feminisation) یا ہم صنفی متبادر پیدا ہو جاتا ہے۔ لڑکیوں میں بالعموم تذکیر ہوتی ہے، یا اگر صنفی متبادر بطور کی ہیش پرورش بالوں کی بالیدگی اور آواز کے گہرے پن کے ساتھ واقع ہوتا ہے۔ لیکن ہم صنفی

جلد میں بیان کیا گیا ہے اور مگر یہ کہ ان میں بعض جلد شروع ہوا ہے اور  
زندگی میں پیش رو میں نکلیتے ہیں۔ بالغ غیر طبعی شخصیات یا مسنونہ جسم  
پیدا ہو جاتی ہے۔ عمر ان میں بعض مردانہ خصائص دیکھے جاتے ہیں۔ پھر یہ  
بال نکل آتے ہیں اور جسم کے دوسرے مقامات کے بال زیادہ ہو جاتے ہیں۔ بعض  
اور پسٹانوں کا نو فیرو موجود ہوتا ہے جس کی طاقت زیادہ ہوتی ہے (اور فنی  
علامت بن سے تر جل حیاں ہوتا ہے) جیسے کہ ہجوریت اور انانیت پیدا ہوتے  
ہیں۔ شیخ (progeria) یا قبل از وقت شیخوخت کی حالت میں جو کہ متحدہ ۲۰  
میں بتائی گئی ہے فوق الکوی رقبوں میں دو باغی طبع سے جاتے ہیں اور نچلی  
ماؤنٹ کا کوئی ثبوت نہیں ملتا جیسا کہ دوسری اصابتوں میں پایا جاتا ہے۔ شرا میں  
دبازت یافتہ ہوتی ہیں اور دموی فشار دموی یوریا اور شکر بلند ہوتے ہیں اور جن  
ذہن اور دوسرے بکوں کے ساتھ کھیلنے کا شوقین ہوتا ہے۔

فوق الکلیہ کیوں کے بعض دوسرے تغیرات کا منہ کر رہی ضروری ہے۔  
التهاب اور تھیمی مرکزوں کے قرب کی وجہ سے خلج نرف ضرر کے باعث  
چربی تغیر دیگر اعضاء کے تغیر کے ساتھ جلد سی در نے عام تدرن میں اور ثانوی طور پر  
آتشکی صنفیہ یہ سب ان دوسری امراض یا قی حالتوں میں سے ہیں جو مل سکتی ہیں۔

## غده شخامیه

(PITUITARY GLAND)

494

یہ غده جسے اکثر زرنامی (hypophysis) کہتے ہیں تین حصوں پر مشتمل  
ہے۔ (۱) جزو مقلد یا جنو غلی (pars anterior or glandulosa) جو غدی بڑوں اور  
ماخوذ ہوتا ہے اور جس میں کو لاٹڈی دیرے ہوتے ہیں۔  
(۲) جزو موخر یا جزو عصبی (pars posterior or nervosa) جو عصبی  
سریشی ریشوں اور غلیوں پر مشتمل ہوتا ہے۔ (۳) جزو وسطی (pars  
intermedia) جس کی ساخت غدی ہوتی ہے اور جو متفکر والا غده کے



ڈاکٹر فیروز کو کی مریدہ۔ لڑکی عمر ۱۲ سال۔ دو بجائی فون انگلی روسیوں سخای مفرہ بیسی ہے شش رانی دہانت ارتفاع الصفتہ بلند دموی شکر  
 سبرداشت حسن عورتوں کی سی چال و حال تہر قہم دوسرے یوں کے ساتھ کھیلنے کی تہا ق ہے اسکے ہاتھ میں ایک اٹھان میرتری پکڑا ہوا ہے۔ ۸۵۸

درمیان واقع ہوتا ہے۔ جزو مقدم (لغۃ مقدم) سے بھٹکنے والا کو لائڈ جزو مخسر (لغۃ مخسر) میں سے ہو کر بطین سویم کے اندر آتا ہے اور دماغی نخاعی سیال کے اندر پایا جاتا ہے۔

**امراضیات۔** تجربہ چوہوں میں پایا گیا ہے کہ لغۃ مقدم کے نکال جانے سے اُن کی عام بالیدگی اور اعضا تناسل کا نمودوں رک جاتے ہیں (قلیل نخامیت = hypopituitarism)۔ پھر اس غده کے فعال خلاصوں کے شراب سے عفریتیت (gigantism) پیدا ہو جاتی ہے۔ انسان میں لغۃ مقدم کی بیش فعالیت (بیش نخامیت = hyperpituitarism) سے اوایل زندگی میں لمبی ہڈیوں کی بیش بالیدگی کے باعث عفریتیت اور بالغ زندگی میں جب کہ لمبی ہڈیوں کے برابر بالے بالآخر متغلم ہو جاتے ہیں، کبیر الجواسرج (acromegaly) پیدا ہو جاتا ہے۔ ان دونوں حالتوں میں اس بیش بالیدگی کے ساتھ غده درقہ اور غده نزد درقہ اور فوق الکلیہ قشریہ کی بیش تکوین موجود ہوتی ہے، اور یہ بیش بالیدگی نہ صرف ہڈیوں تک محدود ہوتی ہے بلکہ جسم کی تمام ساختیں اس سے متاثر ہوتی ہیں، چنانچہ اس حالت کے لئے کلاں جسمی (macrosomia) کی اصطلاح کا استعمال بہتر ہوگا۔ تازہ تحقیقات سے مقدم لغۃ کی اہمیت یہ ثابت ہوتی ہے کہ یہ تمام اقسام کی دروں افزائی فعالیت کو نیسر کاربو لائڈیٹ کے تحول کو (ملاحظہ ہو قلیل شکر دیوبیت) منظم رکھتا ہے۔ اگر نخاع کا مقدم لغۃ پر باد کر دیا جائے، تو درقہ بیضین، خصیتین، لبلبہ فوق الکلیہ قشریہ اور شاید نزد درقیات میں انحطاطی تغیرات واقع ہوتے ہیں۔ ان کا سد باب مقدمی نخاعی خلاصہ جات کے شراب سے کیا جاسکتا ہے، جن سے بیج الدر قہ بیج المولدا (ملاحظہ ہو مولدا) اور بیج فوق الکلیہ ہارمون تیار کئے گئے ہیں، نیز ایک ایسا ہارمون جو ہستان میں ہیجان پیدا کر کے دودھ کا افراز پیدا کرتا ہے۔ یہ ہارمون غده نخامیہ سے طبعی طور پر آزاد ہو کر جسم میں داخل ہوتے رہتے ہیں اور دوسرے دروں افزائی اعضا پر اقتدار رکھتے ہیں۔ مثال کے طور پر بیج الدر قہ ہارمون درقہ کو ہیجان میں لا کر غدار کسین پیدا کرتا اور اس طرح اساسی تحول کو بلند کرتا ہے۔

لیکن یہ لمبندی دیر پاشا بت نہیں ہوتی، کیونکہ غده کی فعالیت کے جاری رہنے کے ساتھ جسم کچھ ضد ہیج (مردہ قیما دہ پیدا کرتا ہے) (40)۔ چنانچہ غده شخامیہ کے دروس انسانی تعلقات پیچیدہ ہیں، اور اس کے ضررات مختلف کثیر الغدی علامتیں یہ کرتے ہیں جن کا انحصار اس امر پر ہے کہ کونسا خاص ہارمون مفقود ہے۔ ایک ایسے نیچے درج ہے۔

### مقدمہ شخامی ہارمون

ہیج (۱) ایک پرولان نمااد جو بیض میں ہجان پیدا کرتا ہے۔	ہیج فوق الکلیہ فوق الکلیہ قشرہ کو متہیج کرتا ہے۔	ہیج (۱) ایک پرولان نمااد جو بیض میں ہجان پیدا کرتا ہے۔
(۱) ایسٹرن	پستان کو جانے والا دودھ کے افراد کی ہیج کرتا ہے۔	ہیج (۱) ایسٹرن
(۲) پروٹینسین		(۲) پروٹینسین
(ب) خصیہ کو متہیج کرتا ہے۔		(ب) خصیہ کو متہیج کرتا ہے۔

جزو موخر سے ایک خلاصہ (پیتوٹرین = pituitrin) حاصل ہوتا ہے جس میں دو ہارمون، ضاغط العروق (پٹوسین = pitressin) اور مسرع الولادات (پٹوسین = pitocin) موجود ہوتے ہیں۔ ممکن ہے کہ یہ طبعاً کولائڈ کے ساتھ خارج ہو کر دماغی شخامی سیال میں آجاتے ہیں۔ مسرع الولادات رحم پر براہ راست عمل کرتا ہے۔ ضاغط العروق معوی عضلے کو متہیج کرتا ہے اور عظیم المحس جانور میں خون کے دباؤ کو بھی بڑھا کر ادرار بول پیدا کرتا ہے اور دماغی شخامی سیال اور دودھ کے سیلان کو زیادہ کر دیتا ہے۔ لیکن غیر عظیم المحس انسان میں اس سے پیشاب کی مقدار کم ہو جاتی ہے۔ جزو موخر ایک اور مادہ بھی بہم پہنچاتا ہے جو کہ معدہ کے مفرز ترشہ خلیات کی نیز لب عظام کی بالیدگی کے لئے ضروری ہے۔ خرگوشوں میں اس کی بڑی معتادوں کا اشراب نرزی التهاب معدہ پیدا کرتا ہے، جو کہ مفرز ترشہ خلیات میں شروع ہوتا ہے۔

شخامی مرض میں اکثر پائی جانے والی شحیت زیر غشی خطے پر دباؤ پڑنے لگتا ہے۔

باعث پیدا ہوتی ہے۔ ذیابیطس ملیخ پر بعد میں غور کیا جائے گا۔

**مرضی تشتمل صرح -** غده نخامیہ کے امراض مندرجہ ذیل اسباب کے باعث ہو سکتے

ہیں :- (۱) صرح ترکی کے اندر کے اضرار (دسروں سرجی) جو حسب ذیل ہوتے

ہیں :- (۱) ایوسین پسند غدی سلعہ (eosinophile adenoma) جو

لبنہ مقدم کے حقیقی افزائی خلیوں پر مشتمل ہو۔ یہ بیش نخامیت پیدا کر دیتا ہے۔

(جب) فاعلانہ طور پر بڑھنے والا لون تو میں غدی سلعہ (chromophobe adenoma)

جس کے خلیات میں ایسے ذرات نہیں ہوتے جو ایوسین کا رنگ قبول

کر لیں۔ یہ سلعہ لغتہ مقدم کہ تلف کر دیے کا رجحان رکھتا ہے اور اسی وجہ سے قلیل

نخامیت پیدا کر دیتا ہے۔ (ج) مخلوط غدی سلعہ (mixed adenoma)

جس میں ایوسین پسند اور لون ترس دونوں عناصر موجود ہوتے ہیں۔ یہ نخامیت فائق

(dyspituitarism) پیدا کر دیتا ہے جو ایک ایسی حالت ہے جس میں قلیل نخامیت

اور بیش نخامیت دونوں کے امارات ایک ہی وقت موجود ہوتے ہیں۔ یہ غدی

سلعات ۲۰ سال سے نیچے کے اشخاص میں عموماً نہیں پائے جاتے۔ (د) غدی

سرطان (adeno-carcinoma) جو شاذ ہوتا ہے۔ (س) وقف الدمی تخرجہ

انفعام کی وجہ سے پیدا ہو۔ (س) تازہ دریافت شدہ اساس پسند غدی سلعہ

(basophil adenoma) سے اپنی مخصوص و مینز علامات کے۔ یہ امر تعجب انگیز ہے

کہ اگر یہ غدی سلعہ امتحانات لاش میں ۱۰ فی صدی میں واقع ہوتا ہے خصوصاً آخری

زندگی میں یہ ان امابتوں میں ۵۰ فی صدی میں واقع ہوتا ہے کہ جن میں نوایہ بسم کے

دوسرے حصوں میں واقع ہوتا ہے (۳۷) - (۲) فوق سرجی اضرار جو ب متلف ہونے

کی وجہ سے قلیل نخامیت پیدا کر دیتے ہیں۔ ان میں سے فوق سرجی دوبرہ عام ترین

ہے۔ یہ دماغی سلعہ کے عنوان کے تحت بیان کیا گیا ہے۔ دوسری رسولیاں سحانی

سلعہ (meningioma) شحمی دوبرہ (cholesteatoma) عصبی سریشی سلعہ

(glioma) اور لحمی سلعہ (sarcoma) ہیں۔ (۳) دروں جمعی اضرار جو فاصلہ پر ہوں

اور جثانوی طور پر استقار الدماغ (hydrocephalus) پیدا کر کے غده نخامیہ پر اوپر

دباؤ ڈالتے ہیں۔



**علامات۔** ان کا انحصار غدے کی فعالیت نے اختتام

ضرر کی وجہ سے پیدا ہو جاتے ہیں (غدی علامات)۔ نیز گرد و پیش پر پرو باؤ پڑنے پر ہوتا ہے (جواہری علامات)۔ آخر الذکر دماغی ملیحہ کے سخت بیان کئے گئے ہیں۔

قلیل سخامیت دوراً قدامہ دماغی ضرر کے علامات کے ہمراہ پائی جاسکتی ہے۔

**غدی علامات۔** کبر الجواہر۔ یہ بیش سخامیت کے باعث ہوتا ہے۔ اس مرض کو سنٹائٹ میں ماری (Marie) نے بیان کیا۔ یہ عموماً ریعان میں یا ابتدائی سن بلوغ میں ہو ا کرتا ہے۔ جواہر (ہاتھوں اور پاؤں) اور چہرے کی ہڈیوں کی کانٹا ہوتی ہے۔ سلامیات موٹی ہو جاتی ہیں، اور نجات العظام پیدا ہو جاتے ہیں۔ جب بڑا ہو کر نیچے اور آگے کو ٹلک آتا ہے (چانوی بروزالشدق (mandibular

453

prognathism = دانت متفاصل ہو جاتے ہیں۔ نرم حصے بھی موٹے ہو جاتے ہیں۔ جلد کے جلیات بیش پروردہ ہوتے ہیں۔ ناخن چوڑے، موٹے اور مضلع ہو جاتے ہیں۔ جلد موٹی اور شخمی ہو جاتی ہے۔ لب، کان، ناک اور زبان موٹے، کھڑے اور بڑے ہو جاتے ہیں۔ آنکھوں کی دباؤت سے ہاتھ کی شکل ایک خاص طرز کی ہو جاتی ہے جسے ماری نے طرز کبیر (type en large) کے نام سے یاد کیا ہے۔ احشاء مع قلب کے بڑے ہو جاتے ہیں۔ ممکن ہے کہ تسنم بھی ہو جائے۔ کبر الجواہر میں جو فعال بیش سخامیت کے ساتھ ہوا اساسی تحول کی زیادتی اور برداشت شکر کی کمی موجود ہوتی ہے، اسی واسطے اگر برداشت شکر کا امتحان کیا جائے تو بیش شکر دمویت اور شکر بولیت موجود ہوتی ہے۔ ممکن ہے کہ حقیقی ذیابیطس اور اس کے ساتھ کیتونیت واقع ہو جائے، اور ایسی ہی ایک اصابت میں رسولی نکال دینے کے بعد ذیابیطس میں بہت اسلح ہو گئی (31)۔ اگر سخامیت فائرواقع ہو جائے تو برداشت شکر زیادہ ہو جاتی ہے۔ اکثر عقلی مواد فی درجہ کا ہوتا ہے۔

اگر بیش سخامیت دوران طفلی میں واقع ہو جائے تو ہڈیاں معمول کی نسبت

ہو جاتی ہیں، غصہ میتیت، انکلیاں ہی مہول کی نسبت، باہر ٹپ، بہ حاتی  
 ہیں اور اٹھ اس طرز کا ہو جاتا ہے جسے تاری، یا بالکل (vicer long) کے  
 ہر سے سو سو مہ کیا ہے۔

**قلیل سخا میت**۔ اس کی خالص مثالیں دو شاخہ اصابتیں ہیں جن میں گہرا  
 لمحہ انفعالات سے تلف ہو جاتا ہے، یہ کسی نین عمل کا نتیجہ ہوتے ہیں۔ اگر ایسا فطری  
 کے زمانہ میں واقع ہو تو قزمیت (dwarfism) پیدا ہو جاتی ہے (لخامی ناتامی  
 pituitary ateleiosis = یالورینی طرز کی قصہتی = Lorain type of  
 infantilism) سارا جسم چھوٹا ہوتا ہے (فصر جی) = microsomnia یا ذیو یامی  
 قصیدہ قاصتی = (hypophyseal nanism) لیکن متناسب ہوتا ہے۔ اعضا نابل  
 غیر نمایاں اور ثانوی تناسلی عناصر غیر موجود ہوتے ہیں۔ اس قسم میں جسے  
 سمائلڈز (Simmonds) کا مرض کہتے ہیں، مریض بظاہر بوڑھا نظر آتا ہے  
 اور اس کے ساتھ جلد پر جھریاں ہوتی ہیں، اور سخت الجلد بافتوں کا ذبول ہوتا ہے  
 ثانوی سستی اور تناسلی ذبول، بے طمثیت، عدم اشتہا، قبض اور اپست جیسانی  
 پیش و موی فشار، تو اتار نبض، موی شکر اور اساسی تحول ہوتے ہیں۔ ممکن ہے وہ  
 خواب الودہ حالت میں مر جائے۔ اگر اگلے لمحہ کا اتلاف زمانہ بلوغ میں ہو جائے  
 تو قبل از وقت شیخوخت اس وقت واقع ہو جاتی ہے۔ سخامی قزمیت قبل از وقت  
 شیخوخت کے ہمراہ واقع ہو سکتی ہے۔ یہ ایک قسم کا تشبیخ (progeria) ہے۔  
 دوسرے دروں افزائی غدوں پر سخامیہ کا جواقتاری اثر پہلے بیان کیا جا چکا ہے  
 اس سے یہ سمجھ میں آ سکتا ہے کہ جب یہ غدے مذبول پائے جاتے ہیں تو علامات  
 ہارمونوں کی متعدد تعقیل سے پیدا ہوتے ہیں (ایک قسم کا کثیر الغدی علامتہ)۔  
 لازماً، ان اصابتوں میں جواری علامات مفقود ہوتے ہیں لیکن ممکن ہے طویل مدت  
 اصابتوں میں سخامی حفرہ چھوٹا ہو (ملاحظہ ہو صفحہ ۷۵، ب)۔

فوق سہ جی رسولیاں عموماً سخیمیت اور قصہتی کا مجموعہ پیدا کرتی ہیں، جو  
 بچوں میں پایا جاتا ہے، اور جسے علامتہ فرولیخ (Froehlich's syndrome)  
 یا ذیو یامی شیمی تناسلی سند تغذیہ (hypophyseal dystrophia adiposo-genitalis)

کہتے ہیں، جو قلیل سخامیت کے باعث ہوا کرتا ہے۔ چربی زیادہ تر شکم، سرینوں، جوارح کے قریبی حصوں میں نظر آتی ہے۔ ممکن ہے کہ اس کا نتیجہ یہ ہو کہ قزیمیت پیدا ہو جائے۔ اعضائے تناسل صبیحانی حالت میں رہ جاتے ہیں اور جلد شاحب، تیلی، نرم اور چکنی ہوتی ہے۔ ناخن چھوٹے اور بے ہلال اور انگلیاں گاؤدوم ہوتی ہیں۔ نیز غیر مسدود رہ جاتے ہیں۔ ذہنی نوعوماً طبعی ہوتا ہے۔ سریری تصویر جوان رسولوں کے باعث پیدا ہو جاتی ہے، اکثر غیر واضح ہوتی ہے۔ ممکن ہے کہ نخل، کثرت بول اور قبل از وقت شیخوخت موجود ہو۔

بالغ اشخاص کا لون ترس غدی سلعہ ابتدائی درجہ ہی میں تناسلی وظائفہ انخفاض پیدا کر دیتا ہے، جو انات میں بے طمشت سے ظاہر ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ جلدی تغیرات وہی دیکھے جائیں جو ابھی بیان کئے گئے ہیں، اور تخیمیت اور مال جھرنے اور لونیت کا رجحان بھی ہوتا ہے۔ نیز ممکن ہے کہ نہاکت، غنودگی، بردشت شکر کی زیادتی اور گھٹے ہوئے تحول کے باعث سخت الحاد پیش اور بعض اصابتوں کی کثرت بول بھی موجود ہو۔

مقدمی سخامیہ کا اس میں پسند غدی سلعہ یعنی کٹنگ (Cushing) کا علامتیہ۔ اس علامتیہ کے مستقل علامات یہ ہیں۔ دردناک تخیمیت جو چہرہ، دھڑ اور گردن تک محدود ہو، گول شائے یا کٹم، صنفی وظیہ کا زوال، مع بے طمشت کے، عورت میں اور نوجوان مرد میں چہرے اور دھڑ بالوں کی زیادتی، جلد کا کشیرالد موی منظم مع قائم خطوط ذبولی کے، عروقی نش طمانی کثرت خلیات احمر، درد پشت، درد شکم اور نہاکت۔ اختلاف پذیر غلات یہ ہیں:- جوارح کی نیلگونی اور آذیمیا، کونفلیکوں کے مانند کمات، مختلف حشمتی علامات جلد کی خشکی، تشنگی اور کثرت بول، کثیر الاشکال ذاتی ابیض خلویت، تشنگی، تھنل عظم اور خود رکسور۔ امتحان لائش پر ممکن ہے مزمن الہتاب کلیہ کی فوق انکلیات کی قشری پیش تلوین، مولدات کا ذبول موجود ہو، چنانچہ یہ علامت بدیہی طور پر ایک کثیر الذی علامتیہ کی قائم مقام ہے، اور فوق الکلیہ قشرہ کی اصابتوں میں یہ حقیقی طور پر پایا گیا ہے۔

بالغوں میں ممکن ہے کہ انتہائی فربہ کی اصابتیں نغاصی مرض کے باعث ہی ہوں۔ وجعی ضخیمیت (adiposis dolorosa) یا مرض ذرکم (Dercum's disease) بھی غالباً نغاصی مرض یا قلیل درقیت کے باعث ہو سکتا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 501)۔ صرع بھی قلیل نغاصیت سے وابستہ ہوتی ہے۔

تشخیص - اس کا انحصار جوازی اور غدی علامات کی شناخت پر ہوتا ہے اور یہ عموماً مشکل نہیں ہوتی۔ تاہم دروں سرجی اور فوق سرجی ضررات اور دور افتادہ دروں نجھی ضررات جو نغاصی علامات پیدا کر دیتے ہیں ان کے درمیان تمیز کرنا اہم امر ہے۔ غدی سلعہ اور فوق سرجی دوبرہ کا سن مدوش پہلے دو کو تمیز کرنے میں کارآمد ہوگا اور اس کے علاوہ ازہائیمینہ لاشعاعی مناظر اور مختلف علامات یا تباہی بھی ہیں۔ دور افتادہ دروں نجھی ضررات مثلاً ایک دمیغی سلعہ بھی ممیز علامات پیش کر دے گی۔

انذار - یہ بُرا ہوتا ہے کیونکہ رسولی عموماً ترقی کرتی جاتی ہے اگرچہ سرج ترقی پر سے ازالہ الضغط کی عملیتی ہلاکت تقہیباً فیصدی (Cushing) علاج - قلیل نغاصیت کی اصابتوں میں اگلا نختہ جرعہ درقیت کیا غلو ہو بصورت اقراص براہ دہن استعمال کرنے سے فائدہ حاصل ہوا ہے۔ پوٹرین نو تحت الجلد دینا چاہئے کیونکہ غذائی قنال میں یہ تلف ہو جاتی ہے۔ علاج کی ترقی کا اندازہ برداشت شکر پر سے کیا جاسکتا ہے۔ عملیتی علاج پر دماغی سلعہ کے عنوان کے تحت غور کیا گیا ہے۔

## ذیابیطس ملنج

(diabetes insipidus)

کثرت بول اسباب ذیل سے پیدا ہو سکتی ہے:- فتورات گرد خون کے دباؤ کی زیادتی، ذیابیطس شکر کی پیشاب کے اندر شکر کی موج دگی سے شدید مرض ایڈیمن میں اور عارضی طور پر بعض عوارض و دماغ بالخصوص ہسپیریا اور شقیقہ (mg<sup>11</sup>) میں۔ ذیابیطس ملنج ایک دائمی کثرت بول ہے جو متذکرہ بالا حالات میں

کسی حالت سے منسوب نہیں کیا جاسکتا۔

امراضیات - ذیابیطس ملیغ غده نخامیہ (غالباً اُس کے پچھلے اختہ  
تضر یا مرض کے باعث ہو سکتا ہے۔ پچوٹرین (نخاط الحروق) کے تحت اجلی  
دروں وریہی اثرات اس مرض کا نوعی علاج ہیں اور اُن سے پیشاب کی  
مقدار فی الفور گھٹ کر طبعی حجم پر آ جاتی رہنے اور مریمینوں کو اُن کے علامات سے  
کامل آرام ہو جاتا ہے۔ موتزفیلڈ (Mozfeld) نے بتلایا ہے کہ غیر عظیم المحس  
حیوان میں پیشاب کا حجم گھٹ جاتا ہے اور یہ تقبیل حجم اُس وقت اور بھی زیادہ  
نمایاں ہوتی ہے جب کہ معدے کو پٹے سے پانی سے ابھر کر مصنوعی کثرت پانی  
پیدا کر لی گئی ہو۔ اگر حشوی یا کلوئی اعضاء کاٹ دئے جائیں تو اس دوا کا فعل  
رُتک جاتا ہے۔ غالباً اس خلاصہ کا فعل محض حشوی عروق فیضیت کی وجہ سے تھا  
بلکہ اس سے کچھ زیادہ پر منحصر ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ اُس کی موجودگی انیہیات  
کے سرے پر پانی کے مکرر انجذاب کے لئے ضروری ہو (ملاحظہ ہو صفحہ 518)  
دماغ کے زیر عرشی خطے کے تضر سے بھی ملیغ ذیابیطس ہو سکتا ہے اور اس کی  
وجہ ممکن ہے کہ یہ ہو کہ پچوٹرین کا طبعی سیلان سدود ہو گیا ہو۔

مرضی تشربنج - برنج ترکی کی شمع نگار رشوں سے عموماً کوئی کلانی  
نہیں ظاہر ہوتی۔ غده نخامیہ کے یا اُس کے قرب وجوار کے مختلف ضررات  
بیان کئے گئے ہیں۔ کھوپری کے قاعدے کے کسور دماغی سلعہ آتشکی یا تہ  
قاعدی التهاب سہایا (basal meningitis) قمع کا نتیجہ۔ ایک عجیب و غریب  
اسابت میں پایا گیا کہ ایک گولی (bullet) پچھلے لختے کو دوبارہ ہی تھی۔ پارکس وبر  
(Parkes Weber) نے اس چیز کا تذکرہ کیا ہے جسے وہ غده کے پچھلے لختے کی  
ورنی درریش خیال کرتا ہے۔

مکن ہے کہ شاذ کا اتساع اور بیش پرورش، حالبین کا اتساع اور گردوں  
کی کلانی دیکھنے میں آئے اور یہ حالتیں پیشاب کی مقدار کثیر کے طویل المدت، ماؤ  
سے منسوب کی جاسکتی ہیں۔

علامات - یہ یا تو غیر محسوس طور پر یا یکایک شروع ہو جاتے ہیں۔ نما

علامات یہ ہیں کہ پیشاب کی نہایت بڑی مقداریں خارج ہوتی ہیں اور پیاس بہت زیادہ لگتی ہے جس کی وجہ سے مریض خارج شدہ پانی کے نقصان کی تلافی کر لیتا ہے۔ مگر یہ کہ پیشاب کی مقدار چوبیس گھنٹے میں ۱۵، ۲۰، بلکہ ۴۰ پائٹ تک پہنچ جائے۔ پیشاب نہایت پھلکے یا ہلکے رنگ کا تقریباً پانی کی طرح ہوتا ہے اس کی کثافت نوعی ۱.۰۲ سے ۱.۰۵ تک اور اتنا لختیف سا ترشی ہوتا ہے۔ اس میں عموماً اجزا کی فی صدی مقدار تھوڑی ہوتی ہے۔ کبھی کبھی شکر بولیت ہوتی ہے یا رقیقہ کا افزائے زیادہ ہو جاتا ہے۔ منہ، زبان اور جلد خشک ہوتی ہیں اور اصماً میں قبض ہوتا ہے۔ لیکن اس سے قطع نظر ممکن ہے کہ مریض خوش باش ہو اور نہایت اچھی صحت رکھتا ہو اور وہ ذیابیطس کو بجائے ایک مرض سمجھنے کے ایک وجہ پریشانی سمجھتا ہو۔ ممکن ہے کہ نسخا مرض کے علامات بھی موجود ہوں۔

خود بخود پیدا ہونے والی یا خورد و اصابتیں علاج نہ کرنے کی صورت میں ممکن ہے برسوں جاری رہیں۔ اگر دوسری بیماریاں داخل ہو کر ہلاکت نہ پیدا کر دیں تو یہ اصابتیں شاذ ہی مہلک ہوتی ہیں۔ کبھی کبھی شکر بولیت طاری ہو کر اس حالت کو ذیابیطس شکر کی بنا دیتی ہے۔

**تشخیص**۔ پھلکے رنگ اور پست کثافت نوعی والے پیشاب کی مقدار کثیر جس میں غیر طبعی اجزا موجود نہ ہوں اور اس کے ساتھ تشنگی کی موجودگی نیز علامات ہیں۔ لیکن کثرت بول کے دیگر اقسام مثلاً وہ جو مرض بواسٹ اور ہسٹیا میں ہوتے ہیں، خارج از بحث کر دیئے جائیں۔ اول الذکر میں عموماً کسی نہ کسی وقت البیومن کی خفیف مقدار عمیز طور پر موجود ہوتی ہے، پیشاب کی مقدار چنداں زیادہ نہیں ہوتی اور دوسری دلائل موجود ہوتی ہیں جیسے کہ بلند شریانی تناؤ اور قلبی بیش پرورش۔ ہسٹریا میں کثرت بول محض عارضی ہوتی ہے۔

**علاج** یہ ہے کہ خلاصہ نسخا مہ کا تحت الجدا استعمال کیا جائے۔ ابتداءً اس کے ایک کعب سینٹی میٹر (۵ قطر) کا اشراب دن میں دو بار کیا جاتا ہے۔ پھر اس امر کی سعی کی جاتی ہے کہ حتی الامکان کم اشرابات سے پیشاب کے حجم پر اقتدا حاصل کیا جائے۔ بد قسمتی سے دہن کی راہ سے علاج بے سود ہوتا ہے کیونکہ جوہر

فعال (پچوٹرین) قتال غذائی میں تلف ہو جاتا ہے۔ لیکن یہ دوا دروں انفی رشک (intranasal spray) کے ذریعہ دی گئی ہے، یا ایک انفی جیلی (Jelly) ہے۔ ذریعہ کہ جس میں پیترسین (pitressin) ہو، یا سب سے بہتر خشک کردہ بخامیہ ذریعہ جو ناک میں "بخامی ناس" ("pituitary snuff") کے طور پر نفوخ کیا جائے۔ بعض اصابتیں پٹرسین سے علاج پذیر نہیں ہوتیں۔

آتشکی اصابتوں میں دافع آتشک علاج (جو ملاحظہ ہو) کی ضرورت ہے۔ جلی دماغی مرض (مثلاً ریولی وغیرہ) میں قذنا علیہ کا سوال پیدا ہوگا جب اصابتوں میں قطنی لچو کے سے تخفیف ہوئی ہے، جس سے پتہ چلتا ہے کہ قاسدہ دماغ پر مصلی الہتہاب سخایا (serous meningitis) اس مرض کا اصلی سبب تھا (32)۔

## غده صنوبریہ

(PINEAL GLAND)

جسم صنوبری (برنامیہ دماغی یا مخروطیہ epiphysis cerebri or conarium) ایک غدی عضو ہے جس کا وزن تقریباً ۱/۲ گرام ہوتا ہے۔ یہ سہلہ آسا خلیوں پر مشتمل ہوتا ہے جو ڈھیلی وضع رکھنے والی سہلوں میں ہوتے ہیں اور جن کے درمیان دھوی جوت ہوتے ہیں۔ معلوم ہوتا ہے کہ تیموسیہ کی طرح اس کی خاص منفعت ابتدائی زندگی میں ہے اور بعد میں اس میں کیتھارکس واقع ہو جاتا ہے۔ وہ ضررات جن کا اندراج کیا گیا ہے یہ ہیں:۔ بیش پرورش اور ذہنی سلعات، دیرے اور چھوڑے، نزف اور آتشک۔

سلعہ کی اصابتوں میں جن میں تحول کے ایسے تئیرات ظاہر ہو چکے تھے جن سے باطنی افراز کا احتمال ظاہر ہوتا تھا موصوع گیا رہ سال تک کی عمر والے بچے تھے، اور تئیرات حسب ذیل تھے (اگرچہ مختلف اصابتوں میں یہ مختلف درجہ تھے)۔ ذہنی تبادر جسم کی غیر معمولی طور پر سریع البیدگی، قضیب اور خستین کی

کلائی، موئے زہار کی تباہی، اور بعض اوقات شیمیائی - ان کے ساتھ بعض اوقات دروں، جمعی سلعہ کی علامتیں بھی موجود تھیں، اور مختلف اصابتوں میں جو سلعہ موجود تھے وہ یہ تھے :- 'جمعی سلعہ'، 'دوبیری زہلی'، 'جمعی سلعہ' (cystic psammo-sarcoma)، 'سریشی سلعہ' (glioma) یا 'سختی سلعہ' (teratoma)۔

## تناسلی غدہ

(GONADS)

خصیہ اور بیض کے امراض یا تغیرات کا منظم بیان جراحی اور علم امراض کی نصابی کتابوں میں پایا جائے گا۔ یہاں تناسلی غدہ پر محض ان کے دروں افزائی و ظیفہ کے نقطہ نظر سے غور کیا جائے گا۔

499 زمانہ صنفی اعضا - حیضی دور کی ابتدا میں، نطفہ موقوف ہو جانے کے بعد، رحم کی غشاء مخاطی واحدہ کی بنی ہوتی ہے، یعنی قاعدی غشاء مخاطی کی۔ اس دور کے اول نصف میں یہ متکاثر ہوتی ہے اور ایک ہارمون کے اثر کے تحت دبیر ہو جاتی ہے، جو کہ ایسٹرون (oestrin) یا جرابی ہارمون یا فولیکولین (folliculin) کہلاتا ہے۔ یہ زمانہ صنفی ہارمون جو کہ ثانوی صنفی خاصہ کا سبب ہے، گرافائی جراب میں پیدا ہوتا ہے، جو کہ اسی عرصہ میں بالیدہ کی حاصل کر کے پختہ ہو جاتی ہے۔ جب گرافائی جراب کے پھٹنے سے بیضہ آزاد ہو جاتا ہے، تو جسم اصغر ظہور میں آتا ہے اور یہ ایک دوسرا بیضی ہارمون پیدا کرتا ہے، جو کہ پروجسٹین (progestin) کہتے ہیں۔ پروجسٹین رحمی مخاطیہ کی غدی فعالیت کو زیادہ کرتا اور غدہ کو ملغف بنا دیتا ہے (یہ افزائی ہیئت ہے) جس کا مقصد بارور شدہ بیضہ کی وصولی کیلئے تیاری ہے۔ اگر استقرار حمل نہ ہو، تو غشاء مخاطی ٹوٹ چھوٹ جاتی ہے، اور رحم سے نطفہ کے ہمراہ خارج ہو جاتی ہے، اور اس طرح حیضی دور کا خاتمہ ہو جاتا ہے۔ آخرتہ مادوں میں، حیضی دور اس طرح شروع کیا جاسکتا ہے کہ ڈائی آکسی ایسٹرون (۲۵۰۰۰ یونٹ) ۵ خوراکوں میں ۲۸ دنوں میں سے پہلے چوتھے ساتویں



گیارہویں اور چودھویں دن دیا جائے، اور اس کے بعد پروجسٹین (دختر گوشتی یونٹ) دیا جائے، یعنی ہر روز ایک دختر گوشتی یونٹ، ستہ حصوں روز سے شروع کریں (43)۔ چنانچہ اس طریقہ سے اس بے طمثیت کا علاج کیا جاسکتا ہے جو کہ صنفی اعضائے باطنی باعث ہو۔ اگر حد سے زیادہ ایسٹرن جسم میں پایا جائے یا کھلایا جائے تو کرافٹ کی جراب کی بالیدگی جاری رہتی ہے اور وہ پھٹنے نہیں پاتی اور غشاء مخاطی کی بالیدگی بھی جاری رہتی ہے اور وہ دوسری ہو جاتی ہے اور آخر کار ٹوٹ پھوٹ کر شدید نوز پیدا کرتی ہے۔ چونکہ جسم اصغر نہیں بننے پاتا اس لئے افزائی درجہ پیب کرنے کے لئے کوئی پروجسٹین موجود نہیں ہوتا، لہذا اس کو نوز کے درجہ میں بندرہ شراب دینا چاہئے۔ بااوقات بالکل چھوٹی خوراکیں دے کار ہوتی ہیں تین سے لے کر دس دختر گوشتی یونٹ دینوں پر پھیلی ہوئی، اگرچہ ۱۰ تا ۸۰ یونٹ کی ضرورت پڑ سکتی ہے۔ ایسٹرن دوسرے صنفی اعضا میں بھی تغیرات پیدا کرتا ہے، مثلاً جفتی کو تیار بنانے کے لئے مہبل میں (چوہے اور موش میں) حلیہ کا تقرن)۔ یہ امر باعث حیرت ہے کہ قدرتی طور پر پائے جانے والے ایسٹرن کا سب سے زیادہ کثیر المقدار منج سانڈ کا پیشاب ہے، اور سب سے زیادہ فعال مرکب دو ہائڈروجن جوہروں، ایسٹرن سالمہ میں ملائے سے حاصل ہوتا ہے، جو کہ ایک سٹرال (sterol) ہے اور کیمیاوی طور پر کولسٹرال (cholesterol) اور کیلیفیرال (calciferol) (جینین) کے ساتھ ملتا جلتا ہے، نیز نہایت ہی فعال سرطان آفریں مادہ کے ساتھ جلد اب تک تیار کیا گیا ہے۔ مزید برآں متعدد مختلف لیکن قریبی طور پر متماثل مادے ایسے ہیں جو کہ مختلف درجہ کے شقی آفریں خواص رکھتے ہیں، اور ایک مادہ ایسا جس کا شراب کرنے پر شقی اور جلدی تصنیع جلد پر کرنے پر سرطان پیدا ہوتا ہے (43)۔ بیض کے نمونے اور اس سب کچھ پر جو کہ اس سے بطور نتیجہ کے ظہور میں آتا ہے، ضخامیہ کا مقدم نختہ ایک ہارمون کے ذریعہ مقدار رکھتا ہے جس کا ابھی تک کوئی نام نہیں رکھا گیا، لیکن جو تھوڑی مقداروں میں گرافیا می جراب کا نمونہ اور ایسٹرن کا افزا واقع کرتا ہے، اور بڑی مقداروں میں جسم اصغر کا کامل نمونہ واقع کرتا ہے جس سے پروجسٹین کا افزا ہوتا ہے۔ کل کے دوران میں خون اور پیشاب میں

ایک قریبی طور پر حامل مادہ پایا جاتا ہے، جو کہ غالباً مشیم سے پیدا ہوتا ہے اور پرولان (prolani) کہلاتا ہے۔ اس واقعہ کو پہلے پہل آسشم (Ascheim) اور زونڈک (Zondek) نے حمل کے کاشفہ کے طور پر استعمال کیا، کیونکہ پرولان پر مشتمل پیشاب و اتراب حیوانات میں گرنے سے بعضین میں بعض تغیرات پیدا ہو جاتے ہیں جو کہ شناخت کئے جاسکتے ہیں۔ (44)

مردانہ صنفی اعضا۔ خصبیوں کا اتصال معین اعضا، حویصلات منوی قدامیہ کوپر (Cowper) کے غدد اور قضیب کا عدم نمو یا ذبول پیدا کرتا ہے۔ خصبیوں کا یہ اثر مردانہ صنفی ہارمون کی وجہ سے ہے جو کہ خصبیہ کے رخی خلیات میں نیا رہتا ہے۔ بیض کی طرح، خصبیہ کا نمو بھی مقدم نخی می لختہ ہارمونی اقتدار کے تحت ہے۔ یہ بیج مولد جو ہر جو کہ حمل کے دوران میں پیشاب میں موجود ہوتا ہے، غیر نازل خصبیہ کا علاج کرنے میں کامیاب ہے، چنانچہ ہاری یونٹ کا اثر بے پریگنٹل ("pregnly") کی صورت میں ہفتے میں دو بار دیا جاتا ہے (45)۔

اختصاص (eunuchism)۔ اس کے علامات کا انحصار اس امر پر ہے کہ آیا اختصاص بلوغ سے پہلے یا بلوغ کے بعد کیا گیا ہے۔ اول الذکر حالت میں قضیب، غده قدامیہ، حویصلات منویہ چھوٹے رہ جاتے ہیں، اور ان موضوعوں میں شہوت یا قابلیت جماع نہیں پیدا ہوتی۔ اگر اختصاص کا عملیہ بلوغ کے بعد کیا گیا ہے، تو قضیب کا زیادہ مذبول ہونا ضروری نہیں، لیکن غده قدامیہ نسبتاً چھوٹا ہو جاتا ہے۔ ممکن ہے کہ شہوت بلکہ قابلیت جماع بھی کم از کم کچھ عرصہ تک باقی رہے۔ غده قدامیہ کا افراز مقدوف ہوتا ہے۔ انفسی لحاظ سے، مرد کی طبعی رجحانیت غایب ہو جاتی ہے، لیکن یہ ممکن ہے کہ خصبی افراد میں بڑی عقلی قوتیں اور فنون لطیفہ کی قابلیت موجود ہو۔ جسمانی لحاظ سے وہ یا تو (۱) دراز قامت اور دبلے پتلے ہوتے ہیں اور ان کے ہاتھ لمبے لمبے ہوتے ہیں، یا (۲) وہ لپٹہ قد اور موٹے ہوتے ہیں، اور ان کی چربی کی توزیع زیر نامی تناسلی سوء تغذیہ (hypophyseal dystrophia genitalis) سے متاثر ہوتی ہے۔ دونوں طرز کے اشخاص میں حوض چوڑا، اور جلد کارنگ شام رہتا ہے۔ پونوں کے جانبی نصف حصے گرے ہوئے ہوتے ہیں، جس سے غنودگی کا

منظر پیدا ہوتا ہے، اور عموماً بالوں کی بالیدگی کم ہوتی ہے۔ عورت میں وہ عام بیض برآری سے قبل از وقت ایسا پیدا ہو کر فرہبی، سرخ متماہٹ، تنہائی اور جسمی اختلالات واقع ہو جاتے ہیں۔ عصبی نہاکت اور نفسی نہاکتی یا داء النفسی عام ظاہر ہو سکتے ہیں۔

**خصیمانی (eunuchoidism)۔** اس اصطلاح کا اطلاق اُن حالوں پر کیا جاتا ہے جو مرض کی وجہ سے تناسلی غد کے ضایع ہو جانے سے پیدا ہو جاتی ہیں۔ یہ غیر نازل خصیتین (حفاء الخصیتین = cryptorchidism) رکھنے والے مریضوں میں غیر عام نہیں۔ اختصاء کی طرح ممکن ہے کہ یہ حالت بھی بلوغ کے وقت دیکھی جاوے (عاجل خصیمانی = early eunuchoidism) یا نسبتاً بعد میں خصال تناسلی زندگی کے طبعی عرصہ کے دوران میں (آجل خصیمانی = late eunuchoidism)۔ اختصاء کی طرح اس حالت میں بھی مریض دراز قامت یا کوتاہ قامت اور موٹے ہو سکتے ہیں ذہنی لحاظ سے وہ خاموش اور ساکت ہوتے ہیں اور اُن میں شہوت امد قابلیت جماع کے اختلالات موجود ہوتے ہیں۔ جلد شاحب ہوتی ہے اور بعض اوقات اُس میں کثیر التعداد چھوٹی چھوٹی جھیریاں ہوتی ہیں۔ دہن سے شمع کرنے والی خطی جھیریوں کی وجہ سے یہ مریض قبل از وقت بوڑھے نظر آتے ہیں۔ عورت خصیمانی دراز قامت ہوتی ہیں اور اُن کے شکم کے زیریں حصے، جبل الزہرہ، سُریوں اور رانوں کی بیرونی جانبوں اور پستانوں پر چربی کا جاؤ ہو جاتا ہے۔ رحم اور مہبل زیر تکوینی ہو جاتے ہیں۔

**بیش تناسلیت (hypogenitalism)۔** اور قلیل تناسلیت

(hypergenitalism)۔ اختصاء اور خصیمانی کی اصطلاحیں صرف اُن نتائج کے لیے محفوظ و مخصوص ہیں جو تناسلی غد کے اولی مرض یا اُن کی غیر موجودگی سے پیدا ہو جاتے ہیں، لیکن تناسلی غد کی معمول سے زائد یا معمول سے کم فعالیت دوسرے بے قناتی غد کے مرض سے ثانوی طور پر بھی پیدا ہو سکتی ہے۔ چنانچہ خصیہ یا بیض کی رسولیوں سے، بیض کی بیش و طیفگی سے، یا فوق الکلیہ قشر یا جسم صنوبری کی رسولیوں سے بیش تناسلیت پیدا ہو سکتی ہے، جو کہ تباور یا پیش از وقت بلوغ کا باعث ہوتی ہے۔

اسی طرح آجل بلوغ، جوہ نوز صنفوں میں اس قدر عام طور پر پایا جاتا ہے، ممکن ہے اولی طور پر تناسلی غد کے قلیل و لطیفہ کے باعث ہو یا ممکن ہے کہ وہ تناسلی غد پر وہ سرے اعضا کے عمل کی وجہ سے پیدا ہو جائے۔

## مختلف علامیات

(VARIED SYNDROMES)

### فرہی

(obesity)

فرہی، موٹاپا، یا زیادہ موٹا ہونا ایک ایسی حالت ہے، جو مرض کی حد تک پہنچ سکتی ہے اور بعض اوقات علاج کی مقتضی ہوتی ہے۔ لیکن اکثر یہ کہنا مشکل ہوتا ہے کہ چربی کے طبعی جماؤ کی حد کہاں ختم اور فرہی کہاں سے شروع ہوتی ہے۔ لہذا ان دونوں حالتوں کی بحث ایک ساتھ کرنا چاہئے۔

بحث اسباب۔ انسانی نسلوں میں فرہی کے رجحان میں کچھ اختلافات نظر آتے ہیں۔ اس کے وقوع میں وراثت کا حصہ ضرور ہوتا ہے۔ زندگی کے بعض زمانے ایسے ہیں جن میں چربی کے اجتماع کا زیادہ امکان ہوا کرتا ہے۔ وہ زمانے یہ ہیں:۔ عالم شیرخواری، بلوغ، عورتوں میں دوران حمل میں اور سن بک کے آغاز میں، اور مردوں میں اوجیر عمر کے زمانہ میں۔ بحیثیت مجموعی عورتیں مردوں کے نسبت فرہی ہونے کا رجحان زیادہ رکھتی ہیں۔

امراضیات۔ طبعی شخص میں جس کے جسم کا وزن مستقل رہتا ہے ضروری ہے کہ وہ توانائی جو غذا کے صرف سے حاصل ہوتی ہے، اس توانائی کی تلافی کرے جو حرارت اور بیرونی عضلی محنت کی شکل میں برآمد ہوتی ہے۔ اگر وہ شخص وقتاً اپنے عادات بدل کر نسبتاً زیادہ معمولی زندگی اختیار کر لے تو توانائی کی برآمد کم ہو جائے گی لہذا نسبتاً کم غذا کی تکید ہوگی، اور زائد از ضرورت غذا کا جسم کے اندر چربی کے طور پر

جماؤ ہو جائے گا۔ شحم اور کاربوہائیڈریٹس دونوں اس طریقہ سے آسانی مذکور ہو چکا ہے۔ لیکن پروٹین کے ترکیبی اجزاء کی تکیہ زیادہ آسانی کے ساتھ ہو کر ان سے حرارت کی برآمد زیادہ ہو جاتی ہے۔ اسی کو بعض اوقات پروٹین کا نوعی حرکی فعل (specific dynamic action) کہتے ہیں۔ اسی واسطے فریبہ کی بہت سی اصابتوں کے اہم عوامل جسمانی عدم فعالیت اور بسیار خوری ہیں۔

لیکن وافر فریبہ کی ایسی اصابتیں بھی ہیں جن کی توجیہ کا حقہ اس طریقہ سے نہیں کی جاسکتی۔ تندرست آدمیوں میں بہت سے نہایت فریبہ اشخاص بھی زیادہ نسبت بہت کم کھاتے ہیں اور اس کے برعکس بہت سے بسیار خور اشخاص بھی مستقلاً ڈبلے پتلے ہوتے ہیں۔

ان خاصائص ذاتی کی توجیہ انفرادی خصوصی شرح تکیہ سے کی جاسکتی ہے اور ان کا مقابلہ اساسی تحول (ملاحظہ ہو صفحہ 459) کی تخمین سے کیا جاسکتا ہے۔ قلیل درقیت یا مخاطمی اذیمیا میں اساسی تحول کم ہو جاتا ہے اور یہ مریض فریبہ ہو جانے کا رجحان رکھتے ہیں، اگرچہ مشالی مخاطمی اذیمیا مریض فریبہ نہیں ہوتے۔ غدہ سخامیہ کے مرض میں جس میں قلیل سخامیت کا ظہور ہو، اساس پند غدی ملوہی (hypernephroma) میں غدہ صنوبریہ کے امراض میں اور ومانی سلمہ کی بعض اصابتوں میں اور آختہ گرمی کے عقب میں شمیمیت واقع ہو سکتی ہے۔ ان میں سے بہت اصابتوں میں بشرطیکہ حقیقی وزن جسم کا لحاظ کیا جائے، اساسی تحول طبعی حدود کے اندر پایا گیا ہے۔ اس کے یہ معنی ہیں کہ ان میں حرارت آفریں بافتیں (عضلات اور غدود) طبعی سے زیادہ محنت اٹھا رہی ہیں (جو کہ بیش درقیت کی طرف اشارہ ہے) کیونکہ شیمی بافت جو کہ زائد وزن کا سبب ہے اس کا اساسی تحول نہایت ہی پست ہے (48)۔ شاید تحول کی وہ زیادتی جو غدا لینے کے بعد پیدا ہو جاتی ہے طبعی درجہ سے کم ہے اور اسی سے فریبہ کی توجیہ ہو جائے گی (4)۔

اس امر کی تائید میں کچھ شہادت موجود ہے کہ فریبہ، انسولین کی وافر پیمائش کے باعث ہوتی ہے، جو کہ کاربوہائیڈریٹ کو شحم میں متغیر کر دیتی ہے۔ چنانچہ

نیکد بائس کے جزیرے بڑھے ہوئے پائے گئے ہیں بشکری برداشت زیادہ ہوتی ہے  
جیسا کہ شکر دینے کے بعد دھوئی شکر کے معنی سے ظاہر ہوتا ہے۔ ذیابیطس کے رجحان  
کی یہ توجیہ ہوسکتی ہے کہ جزیروں کا پیش  
فعال وظیفہ کئی سال تک جاری رہنے کے  
بعد تھکاوٹ سے متاثر ہو جاتا ہے۔



وہ حالتیں جو کہ فرہ بھی کے  
ہمراہ پائی جاتی ہیں۔ نہایت فرہ انھیں  
کو کئی بے آرامیاں یا وقتیں پیش آتی ہیں  
اگرچہ ان کی وسعت کا انحصار بیشتر زندگی  
کے اس زمانہ پر ہوتا ہے جس میں فرہ بھی لگتی  
ہو گئی ہو۔ اگر فرہ ہی اوائل عمر میں ہے تو  
ممكن ہے کہ عضلی نظام بھی نمو یافتہ ہو جا  
تا کہ بڑھے ہوئے زائد وزن سے متناظر  
ہو جائے۔ چنانچہ قدیم زمانہ کے کثرتی پہلوا  
بھی ہمارے اپنے زمانہ کے لڑکیت پہلوانوں  
کی طرح اکثر فرہ ہوتے تھے۔ لیکن بسا اوقات  
نہایت فرہ اشخاص زیادہ محنت یا ریکل  
کے ناقابل ہوتے ہیں، ان کی سانس پھول  
جاتی ہے، اور ان میں اختلاج پیدا ہو جانے  
کا امکان ہوتا ہے۔ کیونکہ اکثر اوقات  
قلب میں سمی پیش بالیدگی موجود ہوتی  
ہے۔ زائد پیدائش حرارت کا لازمی نتیجہ  
یہ ہے کہ خون کا سیلان بڑھ جانے کی وجہ  
سے قلب کا کام زائد ہو جائے، اور اس سے

شکل ۶۰۔ ڈاکٹر آے۔ جی گل کامریض  
جس کو وحشی شجبت کی شکایت تھی۔

قلبی عدم کفایت کی ان علامات کی توجیہ ہوتی ہے جو کہ اس قدر عام ہیں۔ فرہ بھی کے پہل

پائی جانے والی حالتوں میں سے نفرس (gout) کا تذکرہ بالخصوص کرنا چاہئے کیونکہ غذا کی زیادتی سے اس کی استعداد پیدا ہو جاتی ہے۔ فربہ ہی ذیابیطس شکر کی استعداد بھی پیدا کر دیتی ہے۔

وجہی شکمیت (adiposis dolorosa) (مرض درکم Dercum's disease)۔ اس مرض میں درقیہ اور نخامیہ کے اندر امراضیاتی تغیرات پائے جاتے ہیں اور ماؤف حصوں میں التهاب عصب ہوتا ہے۔ یہ مرض دو شکلوں میں ہوتا ہے:۔ (الف) منتشر شحم سلحیت (diffuse lipomatosis) جو ہاتھ سوائے ہاتھوں اور پاؤں کے سارے جسم کو ماؤف کر دیتی ہے یا ایک خاص حصے میں کم و بیش محدود المقام ہوتی ہے اگرچہ اس حالت میں یہ جسم پر متشاکل طور پر پائی جاتی ہے۔ ایک مثال درج کی جاتی ہے (شکل ۶۰)۔ یہ مریض ایک پنجاہ سالہ عورت تھی جس کا وزن ۲۰ پٹون (20 stones) تھا۔ چہرے کی اداسی تصویر میں خوب دکھائی گئی ہے۔ امتحان بعد المات میں درقیہ چھوٹا اور لیفی تھا مگر نخامیہ تندرست تھا۔ (ب) شکمی گڑھکوں (fatty nodules) کی شکل میں۔ یہ بھی متشاکل ترتیب میں ہوتی ہیں۔ شحمی مطروحات دردناک ہوتے ہیں بالخصوص دبائے پڑے اور یہ مریض اکثر منہوک اور بعض اوقات ضعیف العقل بھی ہوتے ہیں۔

متسرقی شکمی سوء تغذیہ (lipodystrophia progressiva)۔ یہ غیر معلوم سبب رکھنے والا ایک شاذ مرض ہے جس میں زیر جلدی شحم کا متشاکل نقصان ہوتا ہے جو بالعموم چہرے میں شروع ہو کر نیچے کی طرف پھیلتا ہے، لیکن اکثر اوقات جسم کے بالائی حصے تک محدود ہوتا ہے۔ یہ مرض کئی سال تک جاری رہتا ہے اور ممکن ہے بچپن میں شروع ہو (58)۔

علاج مریض کو شحم یا اس پر مشتمل غذاؤں کو بہت کم کر دینا چاہئے یا بالکل ان سے پرہیز کرنا چاہئے۔ مگر وہ بلاگوشت، عکاک مرغی وغیرہ پالتو پرندے، مچھلی، سبز ترکاریاں، ٹماٹر اور تازہ پھل کھائے جاسکتے ہیں۔ اسی نوعیت کی پروٹین غذا جس میں پست کاربوہائیڈریٹ ہو اور جو بلا شحم کے ہو مینڈنگ کے علاج (Banting's treatment) یا سالبی علاج (Salisbury treatment) کا اصول ہے۔ نہایت فربہ مریضوں میں

زیادہ سخت نذایر کی ضرورت ہوگی۔ وقفوں کے ساتھ فاقہ کشی لے دن تجویز کر دے جائیں اور مریض صرف فہرست ب میں درج کی ہوئی سبزیوں (بالخط ہونو 474) اور تازہ پھل کھائے اور اس کے ساتھ محض اتنی ہی میٹلی (یا ۲ اونس) لے کہ بست روٹین کے روزانہ نقصان کی تلافی ہو جائے۔ اگر آگار گار سے تیار کی ہوئی میٹلی جو فنان غذائی میں جذب نہیں ہوتی، مفید ہے۔ ایسی غذا میں یہ فائدہ ہوتا ہے کہ اس کی حراری قیمت پست ہوتی ہے اور ساتھ ہی یہ غذا خاصہ تجربہ کرتی ہے جس کی وجہ سے خلوے معدہ کا احساس نہیں ہوتا۔ بار لے شکر (barley sugar) جب دہی جاتے تو بھوک کے احساسات کو تسکین دینے کے لئے مفید ہے۔ اس سے کم شدید علاج میں ڈبل روٹی یا توست (toast) نشاستہ وار بکٹ، اودا لود اور فیرو مانی اترے ہوئے دو حصہ سے بنایا ہوا ہو یا ڈچ (Dutch) یا کاشیج (cotilage) نیز کی اجازت دی جاسکتی ہے۔ اگر مریض کو لیٹا رہنا پڑے، مثلاً التباب مغال میں، تو حراروں کو کم کر دینا چاہئے یعنی ۸ روزانہ عضلی قلبی مرض میں پست حراری غذا دینی چاہئے، لیکن کلو کوس تجویز کر دینا چاہئے، ایک اونس چار بار گھنٹہ سے۔ پست شحم والی غذا کے ہمراہ کافی (اور ۵ حیاتینیں تجویز کرنی چاہئیں)، مثلاً ریڈیوسٹولیم (radiostoleum) ایک کیسہ روزانہ۔ الکھلی مشروبات سے پرہیز بہتر ہے۔ لیکن اگر مریض طلب کرے تو کوئی خشک ہلکی انگوری شراب، یا دھسکی لی تھوڑی مقدار جس کی ترقیق خوب کر لی جائے، بہتر دینا ہے۔ بیرے جس میں زیادہ مالٹوس موجود ہو، احتراز لازم ہے۔

چربی کی وجہ سے بڑھے ہوئے وزن کو گھٹانے کے لئے ورزش بہت مفید ہوتی ہے۔ یہ امر کہ کونسی ورزش کا انتخاب کیا جائے مریض کی عمر اور عضلی قوت پر منحصر ہوتا ہے۔ پیدل چلنا اور منظم طور پر پہاڑ چڑھنا مفید ہیں، کیونکہ کام کی مقدار کو درجہ وار کیا جاسکتا ہے۔ نہایت فربہ اشخاص کو ورزش پر راغب کرنا اکثر دشوار ہوتا ہے، بالخصوص جب کہ درد بھی موجود ہو، جیسے کہ وجہی سیمیت میں۔ ایسی صورت میں برگونی علاج (Bergonie treatment) مفید ہو سکتا ہے۔ اس میں دھڑا اور جوارح کے عضلات میں توازن کے ساتھ منقطع کردہ فراوی رو کے تہج سے بلا درد انقباضات



پیدا کئے جاتے ہیں۔ یہ اتنا کارگر نہیں ہوتا جتنا کہ ارادی عضلی کام، لیکن پھر بھی نہ ہونے سے تو یہی بہتر ہے۔ تحت الجار غسل مفید ہوتے ہیں، کیونکہ ان سے نحل زیادتی ہوتی ہے۔ ایسے غسل کی مدت ایک گھنٹے تک ہو سکتی ہے، اور پیش اتنی کہ ہر جتنی کہ مریض برداشت کر سکے (شاید ۸۰ درجہ فارن ہائٹ)۔

شٹ (Schott) اور ورسوں نے نوہیم (Nauheim) میں جس طاق کی ابتدا کی ہے، اور جو مختلف برطانوی معدنی چشموں (spas) پر ہم پہنچایا جاتا ہے، اس وقت موزوں ہے جب کہ فرہی کے ہمراہ واضح قلبی علامات پائے جاتیں۔ اور وہ کچھ تو لمبی مفعلات میں اغراق ہے، اور کچھ بازوؤں، دھڑ اور ٹانگوں میں مفعلات کی منظم حرکات ہیں جو کہ ایک نگران کار آہستہ آہستہ اور مزاحمت کے بغیر کرواتا ہے اس طرح کہ حرکات کے درمیان آرام کے وقفے ہوتے ہیں۔ نوہیم نے مختلف چشموں کی پیش ۶۰-۹۵ ف تک ہوتی ہے، اور ان میں کاربن ڈائی آکسائیڈ (carbon dioxide) لمحات کے علاوہ موجود ہوتی ہے، جن میں سب سے زیادہ افراط کے ساتھ سوڈیم کلورائیڈ اور کیلیم کلورائیڈ اور بانی کاربونیٹ ہوتے ہیں۔ اجزاء اور کاربن ڈائی آکسائیڈ کے باریک بلبلوں کے جلد پر پیچ عمل کی طرف ایک اہم اثر منسوب کیا جاتا ہے۔

درقیہ کو تھائیرائیڈیم (thyroideum) (گرتین ۱-۵) کے طور پر صرف اس وقت تجویز کرنا چاہئے جب کہ یہ باور کرنے کی کافی وجہ ہو کہ قلیل درقیت موجود ہے۔ لیکن جیسا کہ پہلے بیان کیا جا چکا ہے، بہت سی اصابتوں میں نحل طبعی سے زیادہ فعال ہوتا ہے۔ تاہم درقیہ اور اراہول پیدا کر کے بھی تاثیر کرتا ہے، اور یہ امر یاد رکھنا چاہئے کہ سیال کا احتباس زیادتی وزن کا ایک سبب ہے۔

## تنبی

(infantilism)

تنبی سے مراد طفلی یا بچپن کے خصائص کا معمول کے نسبت زیادہ طویل عرصہ تک باقی رہنا، یا نمو کا غیر طبعی طور پر سست ہونا ہے۔ یہ ضرور نہیں کہ تنبی کے

ہمراہ قزمیت بھی پائی جائے، لیکن یہ ممکن ہے کہ طفلانہ شکل باقی رہ جائے، تنظم میں تاخیر ہو اور تناسلی نمونہ ہو۔ بچہ کی ذہنی ترقی میں کسی تاخیر کا ہونا ضروری نہیں۔ تصبلی مختلف مزین ہر ایتوں اور دوسرے سہی اسباب جیسے کہ آتشک، مدرن، پیدلاگرا (pellagra)، حمی قزمیہ، مزمن اسہال، نبقراسی قلت اور بعض خیر نامیاتی سموم، جیسے کہ سیسہ (lead) اور پارہ سے شاموی بطور پروفان ہو سکتی ہے۔ بچوں میں مزمن زخنی التهاب کردہ کے ساتھ تصبلی پائی جاسکتی ہے۔ ایک دوسرے گروہ میں وہ اصابتیں شامل ہیں جو دروں افزای اعضا، کے مرض جیسے کہ قمار (cretinism) علامیہ فیہ لک (Frohlich's syndrome) خنامی نامتاسی (pituitary ateleosis) تشنج (progeria) اور ذیابیطس ملیغ کے سبب سے پیدا ہو جاتی ہیں۔ تصبلی کی دوسری مثالیں وہ تاخیرات نمونہ ہیں جو عدم نمونہ (achondroplasia) عضلی ذبول، صلابت الجلد (scleroderma)، قلبی اور عروقی ضررات کو چک مری (microcephaly)، استسقاء الدماغ (hydrocephalus)، ابلہی (amentia) بیش یروشی کبیت جگر (hypertrophic cirrhosis of the liver)، کلاں لحالی کبیت (splenomegalic cirrhosis)، اور بعض دوسرے فتورات کے ساتھ پائی جاتی ہیں۔ آخر میں صنفی قسم کی نامتاسی ہے جو مجہول المبدأ ہے اور پہلے بیان کی ہوئی سخامی قسم سے اس امر میں اختلاف رکھتی ہے کہ بالآخر صنفی اعضا پختگی حاصل کر لیتے ہیں، بر بالے ماتم ہو جاتے ہیں، اور وہ فرد بنش خصوص میں ایک بچہ ہوتا ہے، اور دوسرے خصوص میں چھوٹے میانہ پر ایک مرد یا عورت۔

## حوالہ جات

### REFERENCES

- 1 T. W. Adams and E. P. Poulton . . . 1935 *Guy's Hosp, Rep*
- 2 E. W. Anlev Walker 1916 *Proc. Roy. Soc., B*, 89, p. 157.
- 3 E. P. Poulton . . . 1917 *Guy's Hosp. Gaz*, N. S. 31, p. 50.

- 4 E. Dubois (Basal Metabolism in Health and Disease) 1924 Lea & Febiger, New York,
- 5 R. D. Lawrence 1924 *Brit. Med. Journ.*, 1, p. 516.
- 6 J. H. Burn and H. H. Dale 1924 *Journ. Physiol*, 59, p 164.
- 7 J. J. R. Macleod 1924 *Brit. Med. Journ*, 1, p. 45.
- 8 E. P. Poulton (Goulstonian Lectures) 1918 *Lancet*, June 22.
- 9 Burgess, Campbell, Osman, Payne and Poulton 1923 *Lancet*, 11, p. 777
- 10 C. von Noorden (Pathologie d. Stoffwechsels) 1906 Berlin, 1., p. 207.
- 11 R. T. Williamson (Diseases of the Spinal Cord) 1911 p 371.
- 12 E. P. Poulton 1924 *Brit. Med. Journ*, 1., p. 261.
- 13 W. W. Payne and E. P. Poulton 1925 *Lancet*, 11., p. 638.
- 14 W. W. Payne 1924 *Guy's Hosp. Rep.*, p. 308.
- 15 W. Cramer (Fever, etc., and the Thyroid-adrenal Apparatus) 1928 London.
- 16 J. M. H. Campbell 1927 *Journ of Hygiene*, 26, p 1.
- 17 Adams and Crossley 1923 *Lancet*, 11., p 501.
- 18 G. R. Murray 1922 *Brit. Med. Journ.*, 11, p. 908.
- 19 H. Curschmann 1922 *Klin. Wochenschrift*, June 24, p. 1296.
- 20 J. S. Goodall and L. Rogers 1927 *Lancet*, 1., p. 486.
- 21 D. Hunter 1930-31 *Quart. J. Med.*, 24, p. 393.
- 22 F. R. Fraser 1925 *Brit. Med. Journ*, 1, p. 1.
- 23 R. D. Lawrence 1924 *Brit. Med. Journ.*, 11, p. 753.

- E G B Calvert 1924 *Brit. Med. Journ.*, 11, p 834.
- 24 Review on Biochemistry of Blood 1922 *Med. Sci.*, 6, p. 474.
- 25 S. Graham and G. H. Anderson 1924 *Quart. Journ Med*, 18, p. 62.
- 26 J. Argyll Campbell 1926 *Lancet*, 1, p 72
- 27 D. Gyorgi (Communication) 1929 Assoc. Physicians Cambridge.
- 28 F. W. Mott and I E Hutton 1923 *Brit. Med. Journ.*, 11 p 95
- 29 P. M. Statistics, London Hospital
- 31 A W. M Ellis 1924 *Lancet*, 1, p. 1200.
- 32 Tucker 1922 *Brit. Med Journ.*, 1, "Epitome," p 25
- 33 I Greenwald 1922 *J. Biol. Chem*, 54, p. 285
- 34 G Graham 1917 *Quart. Journ Med*, 10, p 245.
- 35 F Dickens, Dodds, and Wright 1925 *Bioch Journ*, 19, p. 853
- 36 R A. McCance and R D. Lawrence 1929 Med. Res. Council, Report on Carbohydrate Contents of Food.
- W O. Atwater and A P Bryant 1906 Washington. The Chemical Composition of American Food Materials.
- 37 H. G. Close 1934 *Lancet*, 1, p. 732.
- 38 A. Walton 1929 *Eugenics Rev.*, 20, p. 253
- 39 W. W. Payne and E. P. Poulton 1928 *Guy's Hosp. Rep.*
- 40 E. M. Anderson and J B. Collip 1934 *Lancet*, 1, p. 784
- 41 I Snapper 1928 *Proc Roy. Soc. Med.*, 21, p. 1771
- 42 C. Kaufmann 1934 *Proc. Roy. Soc. Med*, 27, p. 849
- 43 E C. Dodds (Goulstonian Lectures) 1934 *Lancet*, 1, pp. 931, 988, 1048.
- 44 P. M. F. Bishop 1933 *Guy's Hosp Rep.*, 83, p. 308.

- ۳۹ A. W. Spence and E. F. 1934 Therap. Section, Roy. Soc. Med. (Communicated)
- ۴۰ E. P. Poulton and E. C. 1931 Proc. Roy. Soc. Med., Warner Oct. 13, p. 347.
- ۴۱ R. McCarrison 1933 Brit. Med. Journ., n. 1, p. 671.
- ۴۲ C. R. Harrington 1933 Proc. Roy. Soc. Med., 26, p. 870.
- ۴۳ F. R. Fraser 1931 Brit. Med. Journ., 1, p. 739.
- ۴۴ E. P. Poulton and W. L. Watt 1934 Lancet, n., p. 535.
- ۴۵ A. B. Anderson, C. R. Harrington & D. M. Lyon 1933 Lancet, n., p. 1081.
- ۴۶ H. M. Turnbull and M. Young 1931 Journ. Path. Bact., 34, p. 213.
- ۴۷ W. Hartston 1933 Lancet, n., p. 1416
- ۴۸ E. P. Poulton 1936 Diet Tables and Recipes and the Treatment of Diabetes and Obesity

## ضمیمہ

مرض گلاٹکوچن (وان گورک: Von Gierke) کا گلاٹکوچن آفریں کیرلکب۔ (hepato-megalia glycogenica)۔ بچوں کے اس مرض میں جو کہ اکثر پیدائشی ہوتا ہے جگر کی اور بعض اوقات گردوں کی کلائی واقع ہوتی ہے، اور ان اعضا اور دوسرے اعضا میں گلاٹکوچن کے ذخیرے کی زیادتی، ایک بڑی خصوصیت ہوتی ہے۔ قصبی اور زہی کی طرف رجحان ہوتا ہے۔ فاقہ کشی میں دُموی شکر پست ہوتی ہے، اور دُموی شکر بھی برداشت کے معنی میں سقوط دیر سے ہوتا ہے۔ ایڈرینالین کا اثر اب کرنے کے بعد دُموی شکر مرتفع نہیں ہوتی۔ دُموی گلاٹکوچن اور کولہرٹال بلند ہوتے ہیں اور ایسٹون بولیت موجود ہوتی ہے۔

R. W. B. Ellis & W. W. 1936 Quart. J. Med., N. S. 5, Payne p. 31

# صحت نامہ

صفحہ	سطر	غلط	صحیح
۱۲	۱۵	inspiration	fluid vein
۱۳	۹	تنفس	خریر
۸۲	۲۰	خون زار	خون برداشتنے
۹۴	۱۱	مسند	مسند
۹۵	۲	دینے	دینی
۱۰۰	۸	سبحیما	عذبیما
"	"	(streptococcus-	(staphylococcus-
۱۲۵	۱۵	کبہ	ک
۱۸۱	۴	(HYDSOTHORAX)	(HYDROTHORAX)
۱۸۹	۱۸	پولٹیس	پولٹسوں
۱۹۹	۲۳	بکعوم	بلعوم
۲۲۴	۸	مورثی	موروثی
۲۲۵	۶	خنجرہ	قصبہ
۲۶۵	۱۱	استقدر ہوگا	استقدر کم ہوگا
۲۶۶	۴	بایاں	دایاں

صفحہ	سطر	غلط	صحیح
۲۶۶	۹	باہر	اور
۲۸۴	۵	کے ساتھ	کے مرض کے ساتھ
۲۸۹	۱۰	قائم ہو کر	رفع ہو کر
۲۹۲	شکل ۲۵ سطر ۴	(م-ک)	(م-۱)
"	۶	قلب نگار	قلب نگارش
۲۹۳	شکل ۲۵ سطر ۲	(م-ک)	(م-۱)
۲۹۴	شکل ۲۵ سطر ۱	(م-ک)	(م-۱)
۳۳۸	۱۹	مریض	مرض
۳۶۳	۱۲	دائیں	بائیں
۳۶۶	۲۵	دبائی نبض	رشتی نبض
۳۰۵	۱۸	ہوتا	ہوتا ہے
۴۱۱	۲۰	اپنے اپنے	اپنے
۴۲۰	۲۲	اماراب	امارات
۴۳۷	۱۱	پیری ہیں	پیری میں
۴۳۹	۴	اس وقت	اس وقت
۴۴۱	۲۵	کھلائی	دکھلائی
۴۶۵	۱۳	دائیں	بائیں
۴۷۷	۲	شرب	ثرب
۴۸۷	۱۱	سخی	صخی
۴۹۱	۱۷	انبوبہ اس	انبوبہ کے اس
۴۹۶	۱	جلہ	جلہ
۴۹۸	۱۹	تخلی	تخلی
۵۱۲	۲۴	عغوی ضرت	عضوی ضررات

صفحہ	سطر	غلط	صحیح
۵۲۱	۱	دائیں	بائیں
۵۲۹	۴	(gastro-duodenal & duodenal)	(gastro-jejunal & jejunal)
۶۳۴	۲۲	قے کرنے	بیمار ہونے
۶۴۱	۲۱	غذا غیر معمولی	غذا کی غیر معمولی
۶۴۹	۲	بروسیا ئی	بروسیا ئی
۶۷۲	۱۲	بائیں	دائیں
۶۷۵	۱۰	بائیں	دائیں
۷۰۲	۱	کیونکہ عملیہ سے اولی	کیونکہ اولی
۷۳۸	۸	بے ترشہ عدم دمویت	بے صفرا بولی یرقان
۷۷۲	۱۷	نورن	ثوران
۷۸۴	۲۱	است	راست
۸۲۴	۱	امید افزا	اغلب
۸۵۱	۱۷	مقدم نغاحی قلت	مقدم نغاحی قلت
۸۶۱	۱۹	ارادی دور	ارادی طور
۸۶۳	۱۱	۲۰	۲



وان نورڈین کی غذا، دیابیطس میں، ۵۵	Von Noorden's diet in diabetes,
وان ریکٹنگھائسن کا مرض، ۸-۹	Von Reeklinghausen's disease,
آہستہ و آہستہ کی پیمائش بحسب کردہ وزن، ۸۳۰	Walter (Amley) calculation of predicted weight,
خرفان القلب، ۵۹۵	Waterbush,
سعال شتائی، ۳۳	Winter cough,
لاشعاعی، مچان، بندالشمع میں، ۲۱۰	X-ray examination in bronchiectases,
شکم کا، ۱۸۰	of abdomen,
قلب کا، ۲۶۵ - ۲۶۶	of heart,
معدہ کا، ۲۹۷	of stomach,
سلعہ اصفر، برقان میں، ۶۳۰	Xanthelasma in jaundice,
رود سلعہ، دیابیطس میں، ۸۳	Xanthoma in diabetes,
برقان میں، ۶۳۸	in jaundice,
نصارت اصفر، برقان میں، ۶۳۸	Xanthopsia in jaundice,
زل نیلسن کا طریقہ تلویں، ۱۳۲	Ziehl-Neelsen method of staining,

مرجہ ، آئینہ مانی ، ۳۳	Ulcerations,
معدہ ، وراثی ، ۵۳۲	of stomach and duodenum,
۵۳۳	peptic,
تقرح ، التهاب ، ۵۹۳	Infective colitis,
التهاب ، ۵۹۰	endocarditis,
یک لمحہ کی کیفیت ، ۵۵	Unilateral ribosis,
نویا دونوں دمہ ، ۵۷	Urinary asthma,
نول ، ۵۸	Urine, distension,
کے صلیبی اثر کے نتیجے میں ، ۱۵	normal constituents of,
شری ، ۵۹	Urticaria, in allergic state,
میرا میں مرض ، ۵۹	Valvular disease of heart, chronic,
کی نشانی ، ۵۹	causes of,
کا انداز ، ۵۹	prognosis of,
کا اطلاق ، ۵۹	relative frequency of,
۵۹	right sided,
وارنر ، ۶۲۸	Van den Bergh's test,
صاعقہ ، ۸۱۸	Vasopressin,
استماع ، ۲۷	Veins, auscultation of,
نہیں ، ۲۷	Venous pulse,
میں ، ۱۶	Ventricular fibrillation,
جوہل ، ۱۲	Vesicular murmur in respiration,
لمبی ، ۱۲	Vibration, tactile,
دعہ ، ۲۱	Vincent's angina,
مستحالت ، ۱۶	Virilism,
مٹی حرکت ، ۵۱	Visible peristalsis,
موتی ، ۲۲	Vocal cords, paralysis of,
حقیق ، ۱۷	frenitus, tactile,
۱۷	resonance,
نولسے کی آواز ، ۱۷	Voice sounds,
فیلہ الامعاء ، ۶۱۰	Volvulus of intestine,
سلی ، ۱۱۶	Vomica in phthisis,
قہیے ، درد قہیہ ، سرطان ، ۵۶۰	Vomit, coffee ground, in carcinoma of stomach,
۵۶۰	examination of,
کا امتحان ، ۵۶۰	Vomiting, ocular,
۵۶۰	hysterical,
۵۶۰	Von Graefe's sign in exophthalmic goitre,
۵۶۰	

قتال عدائی تسم الدم ، ۵۶۹	Toxaemia, alimentary,
سمی عدی سلمہ ، درقیہ کا ، ۸۵۸	Toxic adenoma of thyroid,
خودرو غارمات ، ۴۹	idiopathies,
قصہ کا اصعاط ، ۳۴	Trachea, compression of,
کا ڈیپتھیریا ، ۳۲	diphtheria of,
میں احسام عریہ ، ۳۴	foreign bodies in,
میں بونالیہ میں ، ۳۳	new growths in,
کا سدود ، ۴۲	obstruction of,
کا تصیق ، ۳۳	stricture of,
کی آتشک ، ۳۳	syphilis of,
کا تدرن ، ۳۳	tubercle of,
قصی کشاکش ، ۴۵۳	Tracheal tugging,
انتہا قصہ الریہ ، ۱۱	Tracheitis,
قتل الدم ، ۶	Transfusion, blood,
لورڈش حورح ، حنوطی کا ڈیہ میں ، ۸۶۴	Tremors of limbs in exophthalmic goitre.
مٹلی سدود کے حریرات ، ۲۵۹	Tricuspid obstructive murmurs,
نا روی کے حریرات ، ۳۴۰-۳۵۹	regurgitant murmurs,
صیق ، ۳۴۰	stenosis,
ٹراسو کی امارت ، سکر میں ، ۸۷۵	Trousseau's sign in tetany,
تدرن کے عصیات کی تلویں ، ۱۳۲	Tubercle bacilli, staining of,
قلب کا ، ۳۳۱	of heart,
آنت کا ، ۶۰۶	of intestine
قصہ کا ، ۳۳	of trachea,
ٹیورسولی ، تشعیص میں ، ۱۳۳	Tuberculin in diagnosis,
کا علاج ، سل دثوی میں ، ۱۴۰	treatment in phthisis,
تدرن حجرہ ، ۲۳۱	Tuberculosis, laryngeal,
حگر کا ، ۶۵۶	of liver,
طحال کا ، ۸۹	of spleen,
دثوی ، ۱۱۳	pulmonary,
قصی کشاکش ، ۴۵۳	Tugging, tracheal,
سلعات ، قلب کے ، ۳۳۶	Tumours, of heart,
حجرہ کے ، ۲۳۵	of larynx,
معدہ کے ، غیر حلیث ، ۵۶۲	of stomach, benign,
ٹربن برہارڈت کی جماعت سدی ، سل دثوی میں ، ۱۲۳	Turban Berhardt classification in phthisis,
تطل ، ۴۷۷	Tympanites,
طیلی آوازیں ، قوع صدر میں ، ۸	Tympanitic sounds in percussion of chest,

کا شفعہ فیناڈاز ہائیڈرین، ٹول میں - سکر	Test, phenylhydrazine, for sugar in urine,
کیٹے ۸۱۲	
وینڈن برگ کا ۳۸۱	van den Bergh's,
خصیہ کی تحریک ایسٹرون سے ۸۶۸	Testicle, stimulated by oestron,
پروہسٹن ۷۸۸	stimulated by progesterin
غیر اول ۸۹۹	undescended
تٹانوس ۷۴۴	Tetany,
محوطی ناظر میں، ۷۷۲	in exophthalmic goitre,
مخفی ۱۰۵۰	latent,
صدری اورطی کا بورس ۴۵۱	Thoracic aorta, aneurysm of,
سینہ پیوندی، سل دیوی میں، ۱۲۴	Thoracoplasty in phthisis,
تدریجی ہمارا میں، ۱۸۰	in tuberculous effusion,
دھنڑر کلوی، شکر کے نشیے ۸۰۹	threshold of kidney for sugar,
حلق کی گدگدی ۲۱۳	Throat cough,
کے امراض، ۳۰۷	diseases of,
علی سرقی اطیاس التهاب ۴۳۲	Thromboangitis obliterans,
پریپیٹورام میں ملت حلیات علی ۷۷۰	Thrombocytopenia in purpura,
مباحث علی و ری التهاب ۴۶۲	Thrombophlebitis migrans,
علقیت ۴۶۳	Thrombosis,
اکیلی ۴۶۷	coronary,
فیدی ۴۶۹	femoral,
وداجی ۴۶۹	jugular,
حالی حوی کی ۴۶۹	of lateral sinus,
دیوی ۱۵۰	pulmonary,
قلاع ۴۸۷	Through,
تیہوسی عدہ ۸۷۷	Thymus gland,
کا باقی رہا اور کلای، ۸۶۰	persistent and enlarged,
درقیہ کا سرطان ۸۵۰	Thyroid, carcinoma of,
درقی عدہ ۸۵۲	gland,
درقی سمی التهاب عضلہ قلب، ۸۶۰	Thyrotoxic myocarditis,
حامیہ کے صلیج الدرقیہ ہارمور ۸۸۷	Thyrotropic hormones, of pituitary,
تھائراکسین ۸۵۲	Thyroxin,
حرری یا قبل المرنی موج ۲۷۴	Tidal or predietic wave,
تباکو کا دغہ ۴۲۶	Tobacco angina,
لورہ برادی، حاد رومارم میں، ۴۴۹	Tonsillectomy in acute rheumatism,
التهاب اللورہ، ۳۰۵	Tonsillitis,
حرای، ۳۰۶	follicular,
لوراث، لسانی ۲۱۳	Tonsils, lingual,
لعومی ۲۱۲	• pharyngeal,
کی مرہن عیونت ۳۰۹	sepsis of, chronic,

سڈنہم کا رخ ۳۴۲	Sydenham's chorea,
علامات والا انورسہ ۴۵۳	Symptoms, aneurysm, of,
عشیان مقامی ۴۶۰	Syncope, local,
علائجہ کشک کا ۸۹۲	Syndrome, Cushing's,
فریٹک ۵ ۸۹۱	Frehlich's,
کثیر العدی ۸۹۱	pluriglandular,
ہم ذات الریوی تقيج الصدر ۱۶۷	Syn pneumonic empyema,
آشک قلب کی ۲۳۱	Syphilis of heart,
ارت کی ۶۰۶	of intestine,
حجرہ کی ۲۲۴	of larynx,
حگر کی ۶۵۶	of liver,
شش کی ۱۴۸	of lung,
ممانے مستقیم کی ۶۰۹	of rectum,
قصہ کی ۲۲	of trachea,
آشکی شریانی التهاب ۲۳۰	Syphilitic arteritis,
سرع القلب ۲۹۵	Tachycardia,
سادہ دوری ۲۹۶	paroxysmal, simple,
حیمہ آکسیجن و ماح شش میں ۵۰	Tent, oxygen, in emphysema of lungs,
ادیمائے شش میں ۸۰	in oedema of lungs
استرواح الصدر میں ۱۹۰	in pneumothorax,
کا استعمال دمہ میں ۶۲	use of, in asthma.
شعی ذات الریہ میں ۱۰۳	in broncho pneumonia,
ذات الریہ میں ۹۷	in pneumonia,
کا شعی لیڈرکٹ بول میں شکر کے لئے ۱۱	Test, Benedict's, for sugar in urine,
حیاتیاتی مرض حاجکن میں ۹۲	biological, in Hodgkin's disease,
حیمہ بول میں شکر کے لئے ۱۲	fermentation, for sugar in urine,
صمغ سمراوہ کے لئے ۶۲۸ - ۶۲۹	for bile pigment,
معدہ میں خون کے لئے ۵۰۳	for blood in stomach,
یرقان کے لئے ۶۲۸	for jaundice,
بول میں شکر کے لئے ۸۱	for sugar in urine,
وطبی، حگر کا ۶۷۱	functional, of liver,
گلاکتور ۶۲۵	galactose,
میلر کا ۶۲۹	Gmelin's,
گوا یا کم کے دربعہ ۵۰۴	guaiacum,
ح کا ۶۳۰	Hay's,
لیونٹولور ۶۲۵	levulose,
امتحانی عدا، کسری ۵۰۰	meal, fractional,
معدہ کے امتحان میں ۴۹۹	in examination of stomach,
کا شعی پراس کا، وطبی ۶۸۳	of pancreatic function,

معدہ کا اتساع، حاد، ۵۲۸	Stomach dilatation of, acute,
گمراہ، ۴۹۸	dropped,
کا امتحان، ۴۹۶	examination of,
لاشعاعوں کے، ۱۰، ۴۹	by X rays,
کے فعلی اختلالات، ۵۰۶	functional disorders of,
کا دت گھڑی، انقباض، ۵۵۳	hour glass contraction of,
لش نشو، ۴۹۸	hypertonic,
دیر لشو، ۴۹۸	hypotonic,
۲، الہیا، ۵۳۰	inflammation of,
کا عاوردالو اب قرعہ، ۵۵۹	juxta pyloric ulcer of,
متاہ، ۵۵۱	leather bottle,
کے سکوی دس کا امتحان، ۴۹۹	resting juice of, examination of,
کے بہرہ حلیت سلعات، ۵۶۳	tumours of, benign,
کا قرعہ، ۴۳۴	ulcer of,
الہیا، لہم، ۴۸۲	omatitis,
داراتی، ۴۸۵	catarrhal,
گنگریو، ۴۸۰	gangrenous,
علی، ۴۸۳	herpetic,
اسٹرا، بیری مراد، ۶۴۳	Strawberry gall bladder,
طحال میں سخی شریہ، ۴۹۰	Streptothrix in spleen,
صیق، دلی، مری کا، ۴۹۲	Stricture, oesophageal, of oesophagus,
معدہ کا، ۶۱۰	of intestine,
ہائے مستقیم کا التهاب، ۶۰۹	of rectum, inflammatory,
قصہ کا، ۲۴	of trachea,
مری کا شلی، ۴۹۲	spasmodic, of oesophagus,
مصرہ، ۱۶	Stridor,
پیدائشی حشری، ۲۳۰	laryngeal, congenital,
در ذائغرامی، ۵۳۴ - ۵۳۳	Subphrenic abscess,
استرواح الصدر، ۱۹۱	pneumothorax,
ہرہ نراط، استرواح الصدر میں، ۱۸۸	Succession, Hippocratic, in pneumothorax,
لہد سعالی امتصاص، ۱۸	Suction, post tussive,
شکر کے سریری کاشمات، تول میں، ۸۹۱	Sugar in urine, clinical tests for,
کا بحمل، سراس کے اندروی افراد کی	tolerance in deficiency of internal secretion of pancreas,
قلت میں، ۶۸۵	
سلف ہایدوگلوبن دمیت، ۶۱	Sulphhemoglobinuria,
صیق اسہال، ۵۸۴	Summer diarrhoea,
تلیجی الہیا، ۵۳۰	Suppurative gastritis,
فوق الکلیہ کیسے، ۸۰۸	Suprarenal capsules,
کی رسولیاں، ۸۸۳	tumours of,
فوق سرخی اصرار، بنامیہ کے، ۸۸۹	Suprasellar lesions of pituitary,

تشج مرمار ، ۲۳۴ - ۲۳۶	Spasm of glottis,
سفن سگار ، ۲۷۹	Sphygmograph,
سمط المنص پیسا ، ۲۷۳	Sphygmomanometer,
چھلک ، ادھاع المده میں ، ۵۵۱	Splashing in dilatation of stomach,
طحال کا فعال امتلا ، ۷۸۷	Spleen, congestion of, active,
کے امراض ، ۸۶	diseases of,
کی مریں کلانی ، ۸۹	enlargement of, chronic
چرنی ، ۶۶۲	lardaceous
کی شکی درہلمی یش پرورش ، ۹۰	reticulo endothelial hypertrophy of,
ساو ، ۶۶۲	sago,
کا درہ ، ۸۹	tubercle of,
طحالی عدم دموت ، ۴۹	Splenic anaemia,
پچس کی ، ۷۵	of infancy,
تبلجل الریہ ، شعی ذات الریہ میں ، ۱۰۰	Splenisation of lung in broncho pneumonia,
التهاب طحال ، ۸۸	Splenitis,
انلاہ الدموی یرقان ، ۴۷	hemolytic jaundice,
کلاں طحالی کھوت ، ۶۵۵	Splenomegalic euthesia,
کلاں طحالی مع سگود ملیحی کا ترقات ، ۸۹	Splenomegaly with pericapsoidal haemorrhages,
مع طحالی علقیت کے ، ۷۰	with splenic thrombosis,
سوط طحال ، ۵۲۳	Splenoptosis,
سکھ عا اساق ، سل رئوی میں ، ۱۲۳	Sputum, numidat, in phthisis,
رکود ، لغابی ، ۵۱۳	Stasis, ileal,
معی ، ۵۶۶	intestinal,
حالت لمی ، ۸۷۸	Status lymphaticus,
یموی لمی ، ۸۷۷ - ۸۷۸	thymo lymphaticus,
اسٹیل ویک کی امارت ، حصوطی کا ٹر می ، ۱	Stellwag's sign in exophthalmic goitre,
سیت ، اور طی ، ۳۶۳	Stenosis, aortic,
پدائشی یش پرورش ، معدہ کی ، ۵۲	hypertrophic, congenital, of stomach,
مطرائی ، ۳۷۲	mitral,
ریوی ، ۳۷۳	pulmonary
اواکی کے بعد کے اتساع کے طلیعی امار ، ۵۵	pyloric, physical signs of dilatation following,
مندی ، ۳۷۳	tricuspid,
معدہ میں خون کے کاشفات ، ۵۰۳	Stomach, blood in, tests for,
کے جسم کا قرحہ ، ۵۰۱	body of, ulcer of,
کا سرطان ، ۵۵۵	carcinoma of,
میں نقص پری ، ۵۶۰	filling defect in
کے مادہ کا امتحان ، ۳۹۹	contents of, examination of,
کا اتساع ، ۵۵۰	dilatation of,

۳۶	اشاریہ	عین طب جلد دوم
اشفاق قلب ، ۳۳۴	Rupture of heart,	
ساو طحال ، ۶۶۲	Sago spleen,	
سالسبری علاج ، فرسی میں ، ۹۰۳	Schabury treatment in obesity	
افراط رقی ، ۵۴۳	Saliva, excess of,	
صحت سماںی علاج ، دیوی تدری میں ، ۱۳۸	Sanatorium treatment in phthisis,	
معی ریکہ ، ۵۹۲	Sand, intestinal	
سانو کرانس ، دیوی تدری میں ، ۱۸۵	Sanoer vein in phthisis,	
مرض شار لین ، ۷۶۹	Schönlein's disease,	
دلائل ، یشر - کنوی - سائسر ، ۲۳۵	Sclerosis, hyperplastic, diffuse	
کرانی ، ۸۳۳	nodular,	
سد ، ۵۶۵	Syphala,	
پہنچاؤ ، میں ثانوی مطروحات ، ۱۶۲	Secondary deposits in lungs,	
سکارا کے ادروی قرار کی قلت ، ۶۸۵	Secretion, internal, of pancreas, deficiency of,	
شون کی شرح تھل ، ۷۱۷	Sedimentation rate of blood,	
سیلارڈ کا کا شفع ، ۷۸۵	Sellard's test,	
عفوت ، لور تیں کی ، مریں ، ۳۰۹	Sepsis of tonsils, chronic,	
دھن ، ۴۸۳	oral,	
عموی التهاب دون قلب ، ۳۹۰	Septic endocarditis,	
حدیدت ، گرھکی ، ۸۹۱	Siderosis, nodular,	
اعارت مسیت ، ۳۶۷	Signe de Musset,	
دیوی دیوانیت ، ۱۰۹	Silicosis,	
چاندی کے ڈر جیسی شریا میں ، ارتفاع الصفما	Silver wire arteries in hyperpiesia,	
میں ، ۲۴۲		
سائڈرکا مرض ، ۸۹۱	Simmond's disease,	
حوی ادبی مسدودی ، ۲۸۹	Sinonutricular block,	
گرہ ، ۶۴۵	node,	
حوی بیتاعدگی ، ۲۸۳	Sinus irregularity,	
التهاب الاحوا ، ۳۰۳	Sinusitis,	
طریقہ سچی ، عصمی قرحہ کے علاج میں ،	Sippy's method in treatment of peptic ulcer,	
۵۰۶		
جلدی تعاملات ، حالت حساسیت میں ، ۵۱	Skin reactions in allergic state,	
اسکوڈائی گنگ ، ۹	Skodiac resonance,	
دات الحب میں ، ۱۷۹	in pleurisy,	
ساکا قشہ ، ریفیت کے علاج میں ، ۷۰۵	Snake venom in treatment of hæmophilia,	
سماںی ناس ، ۸۹۶	Snuff, pituitary,	
سماںی کا قلب ، ۳۹۸	Soldier's heart,	
قلب کی آوازیں ، ۲۵۰	Sounds, heart,	
پھاوڑے جیسے ہاتھ ، عطا میں ، ۸۶۶	Spade like hands in myxedema,	



تنفس ، ذات الحب میں ، ۱۶۳	Respiration in pleurisy,
ات الریه میں ، ۸۱	in pneumonia,
استرواح الصدر میں ، ۱۸۳	in pneumothorax,
روی تدرن میں ، ۱۱۳	in pulmonary tuberculosis,
میں طری حمو. نار ، ۱۸	metallic tinkling in,
میں شش کی طعی گدک ، ۸۱	normal lung resonance in,
کے اعصاب کے امراض ، ۱	organs of, diseases of,
میں سینہ کا جس ، ۶	pulpaton of chest in,
میں سینہ کا ، ۷	percussion of chest in,
میں لمطات ، ۱۷	rales in,
میں خرخرات ، ۱۶	rhonchi in,
اتھلا ، حیک میں گیس سے لسم کے بعد ، ۱۲۹	shallow, after gas poisoning in war,
میں، صرصره ، ۱۶	stridor in,
لمعی صوتی حصف ، ۷	tactile vocal fremitus,
طبی ، ۸	tympanitic,
میں حویصلی خریر ، ۱۲	vesicular murmur in,
شکی حلیسے ، ۲۳	Reticuloeytes,
طحال کی شکی در حلیسے پرورش ، ۹۰	Reticulo endothelial hypertrophy of spleen,
طحال میں شکی درحلیسے نظام ، ۸۷	Reticulo endothelial system in spleen,
التهاب شکیہ ، شریاں صلاتی ، ۲۲۲	Retroitis, arterioscleroti
لیس دموی ، ۷۵	leukæmic,
حلف اللعوم خراج ، ۲۱۵	Retropharyngeal abscess,
روما ترمی التهاب قلب ، ۲۲۲	Rheumatic carditis,
جی ، ۲۳۷	fever,
تحت الحلدی کرائب ، ۲۲۷	subcutaneous nodes,
روما ترم ، حاد ، ۳۳۷	Rheumatism, acute,
تحت الحاد ، ۳۳۷	subacute,
التهاب الانف ، حاد ، ۱۹۷	Rhinitis, acute,
حساسیتی ، ۲۰۲	allergic,
مرمن ، ۲۰۱	chronic,
عرق حرکی ، حالت حساسیت میں ، ۲۹	vasomotor, in allergic state,
دوری سیلان الانف ، حالت حساسیت میں ، ۲۹	Rhinorrhœa, paroxysmal, in allergic state,
خرخرات ، ۱۶	Rhonchi,
دولوکی غذا دیابیطس میں ، ۸۲۵	Rolls's diet in diabetes,
کھیریل کی حادہ پسلیاں ، لیق شش میں ، ۱۰۷	"Roof tiling" ribs in fibroid lung,
دوتھیراکا کا شمع کیتوئیت کے لئے ، ۸۱۷	Rothera's test for ketosis,
دھڑ ، تاء موری ، ۲۶۳	Rub, pericardial,
پلیئورائی ، ۱۹	pleuritic,
پلیئورائی تاء موری ، ۱۹	pleuro pericardial,

عامل ، خون کا ، ۷۹	Reaction, of blood,
پروسیائی اوردق ، کثرت مگر میں ، ۶۳۹	prussian blue, in cirrhosis of liver,
جلدی تعاملات ، حالت حساسیت میں ، ۵۱	Reactions skin, in allergic state,
معائے مستقیم ۲ ، الباقی تصدیق ، ۶۰۹	Rectum, stricture of, inflammatory,
سرخ تسکند ، شش کا ، لختی دات الریہ میں ، ۸۵	Rehepatisation of lung in lobar pneumonia,
سکندہ راحہ ، لختی دات الریہ میں ، ۸۶	Redux crepitation in lobar pneumonia,
ناروی ، اور طی ، ۳۶۴	Regurgitation, aortic,
مطرائی ، ۳۷۱	neutral,
یوی ، ۳-۴	pulmonary,
سکاوہ ، ۵۷	Renal asthma,
شکر نوارت ، ۸۲۲	glycosuria,
گمک ، قدری ، ۱۰	resonance amphoric,
اسکوالی ، ۹	*kodic ,
صوتی ، ۱۶	ocal,
تمس ، غیر معمولی آواریں ، ۱۶	R spitation, adventitious sounds,
قدری ، ۱۶	amphoric,
سکاک ، قرق صدر میں ، ۱۰	resonance in percussion of chest,
یو کا ، ۶	Biot's,
شعی ، ۱۵	bronchial
پدیں اسٹوکس ، ۴	Cheyne Stokes,
دس ، ۱۲	cog wheel,
میں سکندہ ، ۱۸	crepitation in
میں لرن آوار ، ۱۹	friction sound in,
میں شش گمک ، ۹	hyper resonance in,
خراج شش میں ، ۱۰۴	in abscess of lung,
دمہ میں ، ۴۹	in asthma,
شعی التهاب میں ، ۳۰	in bronchitis,
شعی دات الریہ میں ، ۹۹	in broncho pneumonia,
کیلوس صدري میں ، ۱۸۳	in chylothorax
ہبوط شش میں ، ۷۵	in collapse of lungs,
تایح صدر میں ، ۱۶۴	in empyema,
لبنی شش میں ، ۱۰۶	in fibroid lung,
شش کی گمکریں میں ، ۱۱۱	in gangrene of lung
صدر دمویٹ میں ، ۱۸۲	in haemothorax,
سہ الاش میں ، ۴۸	in hay fever,
اسحاقہ الصدر میں ، ۱۸۱	in hydrothorax,
لختی دات الریہ میں ، ۸۴	in lobar pneumonia,
بڑے شعبات کے سد میں ، ۶۵	in obstruction of large bronchi,
اسماعیلے شش میں ، ۷۹	in oedema of lungs,

کد نابھ ، ۳۷۴	Pulsating liver,
نضان ، شعری ، اور طی عدم کفایت میں ، ۳۶۷	Pulsation, capillary, in aortic incompetence,
یا رق کی مقدار ، ۲۶۹	or thrust, amount of,
نص ، شہوق ، ۲۷۲	Pulse, anacrotic,
مراتی ، ۲۷۲	dierotic,
کی سختی ، ۲۷۰	hardness of,
کا سطا ، ۲۶۹	pressure of,
کمری ، ۲۶۸	radial,
کی شرح اور توارن ، ۲۶۸	rate and rhythm of,
حرری یا قبل الغریب موج ، ۲۷۴	tidal or predierotic wave,
وریدی ، ۲۷۶	venous,
اور س میں کمری نبضوں کی عدم مساوات ، ۳۵۳	Pulses, radial, inequality of, in aneurysm,
نص متبادل ، ۳۱۳	Pulsus alternans,
دو صری ، ۲۷۴	bisferiens,
متناقض ، ۲۷۰	paradoxus,
نقطہ دار احاس پسندی ، ۲۲۷	Punctate basophilia,
حدقات کی عدم مساوات ، ۳۵۳	Pupils inequality of,
پریٹورا ، ۷۶۸	Purpura,
استبداد بنا ، ۷۶۹	anaphylactoid,
خاطف ، ۷۷۱	fulminans
دثقی ، ۷۷۲	rheumatica,
التهاب ورنند الہاب ، ۶۶۸	Pylephlebitis,
انصاف ، ۶۶۸	adhesive,
دقیقی ، ۶۶۹ - ۶۶۸	suppurative,
نواہی حقیق کے بعد کے اتساع کے طبیعی امارات ، ۵۵۰	Pyloric stenosis physical signs of dilatation following,
دیمی استرواح الصدر ، ۱۸۳	Pyo pneumothorax,
سولیری دیمی سیلان ، ۳۸۳	Pyothora alveolaris,
حرقان القلب ، ۵۱۵	Pyrosis,
دعخہ لوریہ ، ۲۰۸	Quinsy,
تنفسی حاصلات تقسم ، ۷۹۱	Quotients, respiratory,
کمری نص ، ۲۶۸	Radial pulse,
نبضوں کی عدم مساوات ، اور س میں ، ۳۵۳	pulses, inequality of, in aneurysm,
لفطات ، تنفس میں ، ۱۷	Rales in respiration,
رام سٹیٹ کا علیہ ، ۵۵۵	Rammstedt's operation,
اسامی تحولی شرح ، ۷۹۱	Rate, basal metabolic,
مرض ریناڈ ، ۴۵۹	Raynaud's disease,

کثیر خلوی دموت ، ایڈیسن کے مرض میں ، ۸۸۲  
تشوہات قلب میں ، ۳۰۸  
کثرت حلیات احمر ، ۷۰  
میں نسی التهاب کے ہزارہ ، ۳۶  
کتیر سحر ، ۲۷۷  
خست التهاب اعشیہ مصلیہ ، ۷۰۹  
عدومی التهاب اعشیہ مصلیہ ، ۷۰۹  
نالی کہت ، ۶۳۸  
بعد سعالی امتصاص ، ۹۸  
حمل اور م ص قلب ، ۳۸۹  
پریگنا ، ۹۹  
پرائس جونز کا دوسری خلیہ کی توزیع کا  
محن ، ۷۲۸  
نشیج ، ۸۹۶ - ۸۹۱  
پروجسٹن ، ۸۸۸ - ۸۹۷  
پرواشدق ، ۸۹۰  
پرولاز ، ۸۹۹  
پرولان نامادہ ، ۸۸۸  
پروٹوزور ، حالت حساسیت میں ، ۵۱  
حکاک ، حالت حساسیت میں ، ۳۹  
حارش ، مرض حاشک میں ، ۷۵  
پروسٹیائی اردق عامل ، کہت حشر میں ،  
۶۳۹  
دائہ کاد ، ۳۳۵  
کاد کیلوسی استسقاء شکمی ، ۶۳۸  
حوثیت کادہ ، نسائی ، ۸۸۵  
کاد لیوٹیلور ، نول میں ، ۸۱۳  
کاد امین دموت ، ۷۲  
کاد عظامی سلحہ ناریطوی ، ۷۱۰  
کاد یوریا دموت ، ۳۳۹  
نفسی اثرات ، معدہ میں ہائڈروکلورک ایسڈ  
پر ، ان کی تاثیر ، ۵۰۳  
روی سدایب و عقیق ، ۱۵۰  
سدد کے خیرات ، ۳۵۹  
ناروی کے خیرات ، ۳۵۹  
ناروی ، ۳۷۴  
صیتی ، ۳۷۴  
اور بن بلینی فاصل میں سوراح ، ۳۰۴  
تدرن ، ۱۱۳

Polycythemia in Addison's disease,  
in malformations of heart,  
rubra,  
with chronic bronchitis,  
Polygraph  
Polyorhomenitis,  
Polysclerosis,  
Portal encephalosis,  
Post tussive suction,  
Pregnancy, heart disease and,  
Pregnyl  
Price Jones blood cell distribution curve,  
Progeria,  
Progestin,  
Prognathism,  
Prolin,  
Prolactin-like substance,  
Protease in allergic state,  
Prurigo in allergic state,  
Pruritus in Hodgkin's disease,  
Prussian blue reaction in cirrhosis of liver,  
Pseudo angina,  
Pseudo chylous ascites,  
Pseudo hemaphysutism, female,  
Pseudo levulose in urine,  
Pseudo leukemia,  
Pseudo myxoma, peritoneal,  
Pseudo mamma,  
Psychical influences, effect on hydrochloric  
acid in stomach,  
Pulmonary embolism and thrombosis,  
obstructive murmurs,  
regurgitant murmurs,  
regurgitation,  
stomach,  
and deficiency of interventricular sep-  
tum,  
tuberculosis,  
See also Lungs.

لوہیہ شماری ، ۱۹	Platelet counting,
دات الحب ، ۱۶۳	Pleurisy,
ڈائفرامی ، ۱۷۲	diaphragmatic,
س دیوی میں ، ۱۱۹	in phthisis,
ین لحتی ، ۱۷۲	interlobar
واسطی ، ۱۷۳	mediastinal,
ناہی ، ۱۷۲	pulsating,
پلیورائی رگڑ ، ۱۹	Pleuritic rub
پلیورائی تاء موری فرك ، ۱۹	Pleuro pericardial friction,
دات الحب میں ، ۱۷۳	in pleurisy,
دات الحبی دات الریه ، ۸۱	Pleuro pneumonia,
علائمہ پلومروسس ، ۲۹۳	Plummer Vinson syndrome
کثیر العدی علامتہ ، ۸۹۱	Pluriglandular syndromes,
نقۃ دیویہ ، شش کے کئی ہموٹ میں ، ۶۰	Pneumococcus in massive collapse of lungs,
قسم اول ، کا تواتر ، دات الریه میں ، ۹۱	type 1, frequency of, in pneumonia,
قسم سوم ، دات الریه من الدار ، ۹۴	type 111, prognosis in pneumonia,
ماء موری ہوائی احتیاج آب ، ۴۱۹	Pneumo hydropericardium,
ترب الریه ، ۱۰۶	Pneumokoniosis,
دات الریه ، ۸۱	Pneumonia,
حاد رحمہ کی ، ۹۸	acute interstitial,
باراقی ، لحتیکی یا رحمہ کی ، ۹۸	catarrhal, lobular or interstitial,
مرم ، ۱۰۵	chronic,
کروپی ، ۸۳	croupous,
فریڈ لینڈر کا ، ۹۸	Friedlander,
دکودی ، ۹۹	hypostatic,
استنشاقی ، ۹۹	inhalation,
لحو ( بقی دیوی ) ، ۸۳	lobar (pneumococcal),
خنا دیری ، ۱۳۰	scrofulous,
عموی ، ۹۹	septic,
صری ، ۸۴	traumatic,
استرواح الصدر ، ۱۸۴	Pneumothorax,
مصنوعی ، ۱۴۱	artificial,
دیر ڈائفرامی ، ۱۸۱ - ۱۹۱	sub phrenic,
نوقلموں نامصات ، ۷۳	Poikiloblasts,
نوقلموں خلیات ، ۷۳	Poikilocytes,
تسم ، خراش آور گیسوں سے ، ۱۴۹	Poisoning by irritant gases,
عدائی ، ۵۸۶	food,
تقطیب نما ، نول میں شکر کے کاشعہ میں ، ۸۱۳	Polariscope in test for sugar in urine,
حاد گرہکی کثیر شریانی التهاب ، ۴۲۹	Polyarteritis acute nodosa,

التهاب نار علوی ، حاد ، ۶۹۵	Leontitis, acute,
حاد محدود انعام ، ۶۹۷	acute circumscribed,
انضمام ، ۷۰۵	adhesive,
حاجو ، ۷۰۵	caseous,
مزمن ، ۷۰۵	chronic,
خونی ، ۷۰۵	fibrous,
سکونی ، ۷۰۵	plastic,
فی بونی ، ۶۹۹	pneumococcal,
تدریجی ، ۷۰۵	tuberculous,
گرد آوری مزج ، ۷۰۸	Pericardial abscess,
گرد آوری التهاب ، ۷۰۸	Pericarditis,
پرل کا شہ ۰ کہت حکمر میں ، ۷۰۹	Perl's test in cirrhosis of liver,
متلف عدم دمویٹ ، ۷۰۹	Leucocytosis,
میں امحاجی عدا ، ۷۰۵	test meal in
المومی لورات ، ۷۱۲	Pharyngeal tonsils,
م من التهاب للموم ، ۷۱۲	Pharyngitis, chronic,
فینائیل ہائیڈرازین کا کاشعہ ، بول میں شکر کے	Phenylhydrazine test for sugar in urine,
لے ، ۸۱۲	
التهاب الوردی ، ۷۱۲	Phlebitis,
لمعوی التهاب المده ، ۷۱۲	Phlegmonous gastritis,
قلع عصب ڈایا فرامی دیوی تدریج میں ،	Phrenic evulsion in phthisis,
۷۱۲	
سل دیوی ، ۷۱۳	Phthisis,
لیق ، ۷۱۳	fibroid,
سریع ، ۷۱۶	florid,
نادیجہ ، ۷۱۳ - ۷۱۴	hilar,
دات الموی ، ۷۳۰	pneumonic,
حاد ، ۷۱۶	acute,
پک کا مرض ، ۷۱۶	Pick's disease,
عدہ صوفیہ ، ۷۱۶	Pineal gland,
پٹوسین ، ۸۸۸	Pitocin,
پٹرسین ، ۸۸۸	Pitresin,
بحامیہ کے مقدم لختہ کی قلت ، ۸۵۹	Pituitary, anterior lobe, deficiency of,
کا اساس پسند عدی ملعہ ، ۸۹۲	basophil adenoma of,
کے حلامہ کا استعمال ، دیابیطس ملیج میں ،	extract, administration of, in diabetes in
۸۹۵	insipidus,
عدہ بحامیہ ، ۸۶۰	gland,
کے درون المادی تعلقات ، ۸۸۰	endocrine relationships of,
بحامی ہارمون ، ۸۸۸	hormones,
ناس ، ۸۹۶	snuff,

التهاب نقراس ، تقيحي ، ٦٨٨ - ٦٨٩	Pancreatitis, suppurative,
سالمہ حليبيہ ، حجرہ کا ، ٢٢٥	Papilloma of larynx,
تامور کا نزل ، ٢١٥	Paracentesis of pericardium,
شال ، حجرہ کے عضلات معمدہ کا ، ٢٢٩	Paralysis of abductors of larynx,
حجرہ کے عضلات مقررہ کا ، ٢٣٢	of adductors of larynx,
عضلات حجرہ کا ، ٢٢٨	of laryngeal muscles,
صوتی احمال کا ، ٢٢٩	of vocal cords,
شکلی رفن ، ٣٥٥	Paralytic chorea,
پیراٹھارمون ، ٨٤٠	Parathormone,
نزد درق عدد ، ٨٤٠	Parathyroid glands,
سادہ دوری سرعت القلب ، ٢٩٦	Paroxysmal tachycardia, simple,
حرومقدم یا جزوعدی ، عدہ بھامیہ کا ، ٨٨٦	Pars anterior or glandulosa of pituitary gland
موخر یا جزوعصی ، عدہ بھامیہ کا ، ٨٨٦	posterior or nervosa of pituitary gland,
مردرکلامی ، ٢٠	Pectoriloquy,
مرض پیل ایبستم ، ٤٩٥	Pel Ebstein's disease,
کلاحت رثقی ، ٤٦٩	Peliosis rheumatica,
پین ٹوس پیشاب میں ، ٨١٥	Pentose in urine
ھضمی قرعہ ، ٥٣٣	Peptic ulcer,
قرع ، استماعی ، ٢٠	Percussion, auscultatory,
استسقاء شکمی میں ، ٦٣٦	in ascites,
سنبہ میں صوت طرف شکمہ ، ١٠	of chest, cracked pot sound in,
کاپیان ، ٤	description of,
قلب کا ، ٢٢٩	of heart,
تاء موری حروی استیصال ، پک کے مرض میں ، ٢١٨	Pericardial resection in Pick's disease,
التهاب تاء مور ، ٢١٥	Pericarditis,
مرض تصیق ، ٢١٤	constrictive, chronic,
تاء مور معمم رثاقی مضاء کا ، ٢١٦	Pericardium, adherent, of rheumatic origin,
کے امراض ، ٢١٥	diseases of,
مگرد معمدی خراج ، ٥٣٤	Perigastric abscess,
مگرد کندی التهاب ، ٦٦٤	Perihepatitis,
مگرد وریدی التهاب ، ٢٦٢	Periphlebitis,
مگرد طحانی التهاب ، ٤٨٨	Perisplenitis,
حرکت دودی ، مرقی ، ٥٥١	Peristalsis, visible,
ناریطوی انصانات ، ٤٠٩	Peritoneal effusions,
ناریطون کا سرطان ، ٤١٠	Peritoneum, carcinoma of,
کے امراض ، ٦٩٥	diseases of,
میں نو نالیدیں ، ٤١٠	new growths of,

ادیمیائی التهاب حشرہ ۴۱۸	(Edematous laryngitis,
تحدد مری ، ۴۱۳	Esophagectasia,
مری کا سرطانی سلعہ ، ۴۸۹	Esophagus, carcinoma of,
کابڈی تضیق ، ۴۹۲	esophageal structure of,
کے عطیے ، ۴۹۵	diverticula of
کا خودرو : تضاع ، ۴۹۳	idiopathic dilatation of,
کا تسدد ، ۴۸۹	obstruction of,
کا شہجی تضیق ، ۴۹۴	spasmodic structure of
ایسٹر ، ۸۸۸ - ۸۹۷	Estim,
چشم النی ماسٹر ، ارتعاج المعطمی ، ۴۲۹	Ophthalmoscopic appearances in hyperpiesia,
عقوت دہن ، ۴۸۳	Oral sepsis,
آسٹر کے قاطب ، ۴۹۵	Osteitis,
السان المعظام ، لقی ، عمومی ، ۸۷۳	Osteitis fibrosa generalised,
اثر رددرقیت میں ، ۸۰۹	in hyperparathyroidism,
ملطف ، عقوت دہن میں ، ۴۸۳	radiating, in oral sepsis,
استخوان شکن حلوی سلعہ ، ۸۷۹	Osteomyelitis
التهاب الادن الوسطی ، حث الحاد ، ۴۴۴	Otitis media, sub acute,
دیمی ، ۴۴۴	suppurative, acute,
کوشک آکسیجن ، حراثش آور گیسوں سے	Oxygen chamber, in poisoning by irritant
نسم میں ، ۱۵۰	gases,
آکسیجن ، مرض قلبی مرض میں ، ۳۸۵	Oxygen in chronic cardiac disease,
آکسیجینی حیمہ ، دمہ میں ، ۶۴	tent in asthma,
شعبی ذات الرہہ میں ، ۱۰۳	in broncho pneumonia
ششوں کے ماح میں ، ۵۰	in emphysema of lungs,
ادیمائی شش میں ، ۱۰	in oedema of lungs,
ذات الرہہ میں ، ۹۷	in pneumonia,
استرواح الصدر میں ، ۱۹۰	in pneumothorax,
مسرع الولادت ، ۸۸۸	Oxytocin,
اودیا ، ۴۰۴	Ozoena,
قلب کا درد ، ۴۴۱	Pain, cardiac,
حسن سلہ کا ، اس کا بیان ، ۶	Palpation of chest, description of,
قلب کا ، ۴۴۸	of heart,
اقراس کے ادوروی افراد کی ملت ، ۶۸۵	Pancreas, deficiency of internal secretion of,
کے امراض ، ۶۸۷	diseases of,
کا امتحان ، ۶۴۴	examination of,
کے وظیفی کاشفات ، ۶۸۳	functional tests of,
کے نومائیے اور یہ برے ، ۶۹۳	neoplasms and cysts of,
التهاب سقراس ، حاد ، ۶۸۷	Pancreatitis, acute,
مرض ، ۶۹۰	chronic,
رقی ، حاد ، ۶۸۸	hemorrhagic, acute,



التهاب عضلۃ قلب ، ۳۲۷	Myocarditis,
حاد ، ۳۲۷	acute,
آبشکی ، ۳۲۱	syphilitic,
درق سی ، ۸۶۰	thyro-toxic,
عضلۃ قلب کے امراض ، ۳۲۷	Myocardium, diseases of,
عاطی ادیاء ، ۸۶۵	Myxedema,
دیر نامی قصیر قامی ، ۸۹۱	Nanism, hypophyseal,
ابی فٹاطر کا استعمال ذات الریه میں ، ۹۶	Nasal catheter, use of, in pneumonia,
سوء ہضم میں متلی ، ۵۱۵	Nausea in dyspepsia,
تخریر ویسی ، ۴۶۵	Necrosis, conglutative,
وقف الدمی ، قلب کا ، ۴۶۷	ischemic, of heart,
جگر کا ، حاد ، ۶۴۳	of liver, acute
درون سدری بومایہ حالت ، ۱۵۶	Neoplasms, intra-thoracic,
سقوط کلیہ ، ۵۲۳	Nephroptosis,
عصب صمم ، ۲۴۰	Nerve deafness,
قلت حسیات تبدیل پسند ، ۷۴۴	Neutropenia,
نورانیہ کا خطرناک حادانی برفان ، ۶۳۴	Newly born grave familial jaundice of,
انی میں اور پک کا مریض ، ۷۹۱	Neumann Pick's disease,
طاقچہ کا لاشعاعی قطر معدی قرعہ میں ، ۵۴۳	Nitch, X ray appearance of, in gastric ulcer,
گرہ ، ادبی طلی ، ۲۴۵	Node, auriculo ventricular,
حوق ادبی ، ۲۴۵	sino auricular,
کرائب ، تحت الجلدی ، روما ترمی ، ۳۴۷	Nodes, subcutaneous, rheumatic,
گرہکی لیش تکوین ، جگر کی ، ۶۴۴	Nodular hyperplasia of liver,
صلات ، ۴۳۳	sclerosis,
حد دیت ، ۷۸۹	siderosis,
دیابیطس شکر میں اساسی تحول کے لیے قانون نکارش ، ۸۰۲	Nomogram for basal metabolism in diabetes mellitus,
ناہضات طبعی ، ۷۲۳	Normoblasts,
ناک کے امراض ، ۱۹۷	Nose, diseases of,
سکہ عاساق ، ربوی تدرن میں ، ۱۲۳	Nummular sputum in phthisis,
فرہی ، ۱۰۱	Obesity,
تسدہ ، معوی ، ۶۰۹	Obstruction, intestinal,
	See also Stenosis
امارت عضلۃ سادہ ، التهاب رائدہ میں ، ۵۹۸	Obturator sign in appendicitis,
تہج ، وحانی عصائی ، ۴۷۱	Edema, angio neurotic,
صمی ، دیابیطس میں ، ۸۲۰	cachetic, in diabetes,
مرض قلب میں ، ۳۲۵	in heart disease,
شش کا ، ۷۹	of lungs,
اعتصامی ، ۷۹	suffocative,

تپل ، ۴۷۷	Meteorism,
مٹ ہیموگلوبن دمویٹ ، ۷۶۶	Methaemoglobinæmia,
ام الحلیہ ، ۷۳۳	Metrocyte,
خرد نا مہیات ، ۷۳۳	Microblasts,
خرد خلیے ، ۷۲۲	Microcytes,
خرد کلات ، ۷۲۰	Microplages,
قصر جسمی ، ۸۶۹	Microsoma
شقیقہ ، حالت حساسیت میں ، ۲۹	Migraine in allergic state,
الہاب تہ مور میں لسی قطیر ، ۳۹۴	Milk spots in pericarditis,
ماراے کا مرض ، ۴۷۲	Milroy's disease
مطرائی مرض ، ۳۶۸	Mitral disease,
میں قیفہ نما اور کاح نما دھبے ، ۳۶۹	funnel-shaped and button-hole orifices in,
آندہ کے خرویات ، ۲۵۹	obstructive murmurs,
نادروی کے خرویات ، ۲۵۹	regurgitant murmurs,
نادروی ، ۳۷۹	regurgitation,
صتر ، ۲۷۲	stenosis,
حجوطی کا ٹڈر میں موٹاس کی امارت ، ۸۶۲	Mohr's sign in exophthalmic goitre,
یک بوائی خلیے ، ۲۲۳	Monocytes,
یک بوائی سپید خلیے ، ۷۲۳	Mononuclear leucocytes,
محاطی قولج ، ۵۹۱	Mucous colic,
کثیر لغتکی کمات جگر ، ۶۳۸	Multilobar echinosis of liver,
حوصلی خرد ، دھس میں ، ۱۲	Murmur, vesicular in respiration,
خرویات کی نوعیت ، ۲۶۰	Murmurs, character of,
قلب کے مصراعی دھبوں پر مرض کے باعث ، ۲۵۳	due to disease at valvular orifices of heart
بروں قلبی ، ۲۶۲	exocardial,
دموی ، ۲۹۱	haemic
حہ مصراعی دھبوں کے حقیقی مرض پر منحصر نہیں ، ۲۶۱	not dependent upon actual disease of valvular orifices,
کی اہمیت ، ۲۶۰	significance of,
عضلی تحریک پذیری حجوطی کا ٹڈر میں ، ۸۶۳	Muscular excitability in exophthalmic goitre,
رائی کی گیس سے تسمم ، ۱۲۹	Mustard gas, poisoning by,
لغاریت طحال میں ، ۷۹۰	Myeosis in spleen,
لسی ناہضات ، ۷۲۵	Myeloblasts,
لسی خلیے ، ۷۲۵	Myelocytes,
لسی خلوی دمویٹ ، ۷۵۲	Myelocythæmia,
لسی خلوی ایس دمویٹ ، ۷۵۲	Myelocytic leukaemia,
عضلہ قلب کا انحطاط ، ۳۲۸	Myocardial degeneration,
محاطی ادیما میں ، ۸۶۷	in myxœdema,
کے علامات ، ۳۳۲	symptoms of,

شش - سلسلہ سانس	Lung or Lungs (Cont.)
کا تھلج ، شعی دات الرئیہ میں ، ۱۰۰	splenisation of, in broncho-pneumonia,
کی آتشک ، ۱۴۸	syphilis of,
لی عده آسا کا نثر ، ۸۵۵	Lymphadenoid goitre,
لی عدی سامہ ، خلیت ، ۷۹۲	Lymphadenoma maligna,
لی لیمن دمویٹ ، ۷۵۷	Lymphatic leukaemia,
نظام کے امراض ، ۷۹۲	system, diseases of,
لی خلیسے ، ۲۳۰	Lymphocyte,
لی حلیہ دمویٹ ، ۷۵۷	Lymphocythemia,
لی دراقی صلیت ، ۷۹۲	Lymphogranulomatosis,
لمب آسا سپید خلیسے ، ۷۲۴	Lymphoid leucocytes,
لی لحمی سلمہ ، آنت کا ، ۶۰۷	Lymphosarcoma of intestine,
نقطہ میکبری ، ۵۹۸	McBurney's point,
کلان حلوی عدم دمویٹ ، ۳۷۰	Macrocytic anemia,
کلان آکلات ، ۷۲۴	Macrophages,
کلان جسمی ، ۸۸۷	Macrosmia,
نشوہات قلب ، پیدایش ، ۴۰۴	Malformations of heart, congenital,
حلیت بیش نشی ، ارتفاع الصمط میں ، ۴۴۴	Malignant hypertension in hyperpiesia,
سلمات حجرہ کے ، ۲۲۵	tumours of larynx,
مانٹو کا کا شمع ، ۱۳۴	Mantoux test,
التهاب حلیہ ، ۲۴۴	Mastoiditis,
واسطی دات الحب ، ۱-۳	Medastinal pleuisy,
التهاب واسط ، ۱۹۲	Medastinitis,
لیبی ، ۴۱۶	fibrosa,
کلانی فولون ، ۶۲۱	Megacolon,
کیر باھضات ، ۷۲۳	Megaloblasts,
کیر خلیسے ، ۷۲۲	Megalocytes,
کیر خلوی عدم دمویٹ ، ۷۴۳	Megalocytic anemias,
براد دم الاسود ، ۵۷۶	Melena,
عشائی التهاب حجرہ ، ۲۱۹	Membranous laryngitis,
ما حاریق سدایت اور علقیت مہوی تسدد کے مشابہ ، ۶۱۳	Mesenteric embolism and thrombosis simulating intestinal obstruction,
محول ، اسامی ، ۷۹۹	Metabolism, basal,
کے امراض ، ۷۹۹	diseases of,
طعی کے معیار ، ۸۰۰	normal, standards of,
فلری جھکار ، تمس میں ، ۱۸	Metallic tinkling in respiration,
مد لی خلیہ ، ۷۲۵	Metamyelocyte,
ما مد دات الرئیہ نتیج الصدر ، ۱۶۷	Meta pneumonic empyema,
سروحات پھپھوزوں میں ، ۱۶۲	Metastases in lungs,
	See also Neoplasms,

تشحم الدم ، دیا بیطس میں ، ۸۱۵	Lapemna in diabetes,
شکیفی ، ۸۱۶	retinahs,
لیا تال - تعدد الشعب کی تشخیص میں ، ۳۱	Lapodol in diagnosis of bronchiectasis,
سرطان شش کی تشخیص میں ، ۱۶۱	of carcinoma of lung,
معدی سحی سوء تغذیہ ، ۶۰۴	Lapodystrophia progressiva
حگر کا حراج ، ۶۳۹	Liver, abscess of,
کا حد اسفر دلول ، ۶۴۳	acute yellow atrophy of,
کا سرطان ، ۶۶۳	carcinoma of,
کی کہمت ، ۶۴۷	eczehosis of,
طحانی عدم دمویٹ میں ، ۵۰۰	in splenic anaemia,
کا دوری مرض ، ۶۶۶	cystic disease of,
کی دھان رسدگی کے باعث یرقان ، ۶۳۱	damage to, jaundice due to,
کی قلت ، حالت حساسیت میں ، ۵۰	deficiency in allergic state,
کے امراض ، ۶۳۹	diseases of
کا امتحان ، ۶۴۲	examination of,
شحم ، ۶۵۹	fatty,
کے وطیعہ کے کاشفات ، ۶۲۳ ، ۶۷۹	function of, tests of,
کل میسی ، ۶۴۸	lobulated,
میں چرشی تفر ، ۶۶۱	lardaceous change in,
کا حادثہ ، ۶۴۳	necrosis, acute,
کی نو بالیدیں ، ۶۵۸	new growths of,
انص ، ۳۷۴	pulsating,
پک کے مرض میں مصری کی ڈلی حیا ، ۴۱۸	sugar loaf in Pick's disease,
کی آتشک ، ۶۵۶	syphilis of,
کا تدرن ، ۶۵۶	tuberculosis of,
لحمی دات الریه (سفی ریوی) ، ۸۱	Lobar pneumonia (pneumococcal),
شش	Lung and lungs,
کا حراج ، ۱۰۴	abscess of,
کا سرطان سلمہ ، ۱۵۶	carcinoma of,
کا سقوط ، ۷۵	collapse of,
کلی ، ۷۶	massive,
کا لماع ، ۶۸	emphysema of,
لیفی ، ۱۰۵	fibroid,
تعدد الشعب کے ساتھ ، ۴۳	with bronchiectasis,
کی گمگریں ، ۱۱۰	gangrene of,
شان نما ، ۴۴	honey comb,
کا ادیمہ ، ۷۹	edema of,
کی طعی گمک ، قرع میں ، ۸	resonance, normal, in percussion,
میں ثانوی مطروحات ، ۱۶۲	secondary deposits in,
	See also Metastases

خاکسائے کرونیک ، دیوی مدرن میں ، ۱۲۵	Kronig's isthmus in phthisis, Krysolgan See Cold
اشک ، دیرگیب و ، سے لسم ، ۱۲۹	Lacrymatoly gases, poisoning by,
لیکتورنوں میں ، ۸۱۴	Lactose in urine,
لٹوولور ٹول میں ، ۸۱۲	Lactulose in urine, test,
کے دویمہ کا شعبہ ، ۶۲۵	Lactaceous disease, in phthisis,
چرٹشی مرض ، ۶۶۵	Laryngeal muscles, paralysis of, stridor, congenital, tuberculosis,
دیوی مدرن میں ، ۱۳۰	Laryngismus stridulus,
حجری عضلات کا شل ، ۲۲۸	Laryngitis, catarrhal, acute chronic, membranous, oedematous,
مرمرہ ، پیدائشی ، ۲۳۷	Larynx, anaesthesia of, foreign bodies in, syphilis of tumours of
تدرن ، ۲۲۱	Lateral sinus, thrombosis of,
مرمری اشج حجرہ ، ۲۳۲	Leather bottle stomach,
الہاں حجرہ ، ۲۱۶	Leiderer's, haemolytic anaemia,
بار ای ، حد ، ۲۱۶	Legal's test for ketosis,
مرم ، ۲۲۰	Leucocytes in blood, number of, varieties of,
عسائی ، ۲۱۹	Leucocythæmia,
ادیائی ، ۲۱۸	Leucocytosis See Blood changes
حجرہ کی عدم حسد ، ۲۳۸	Leukæmia, aleukæmic, lymphatic, acute and chronic, lymphocytic lymphoid or nongranular, myeloblastic, myelocytic, chronic, nodular,
میں احسام عربہ ، ۲۲۷	Leukæmia,
کی آشک ، ۲۲۳	Leukæmia,
کے سلماں ، ۲۲۵	Leukæmia,
حادی حوی کی عاقبت ، ۴۶۹	Leukæmia,
متارہ عا معدہ ، ۵۵۶	Leukæmia,
لیڈر کی اتلاف الدموی عدم دمویٹ ، ۴۹	Leukæmia,
لیگل کا شعبہ ، کیتونیت کے لیے ، ۸۱	Leukæmia,
سپید حلیات کی تعداد ، خون میں ، ۱۹	Leukæmia,
کے اقسام ، ۲۳	Leukæmia,
سپید حلیہ دمویٹ ، ۷۵۱	Leukæmia,
ایس دمویٹ ، ۷۵۱	Leukæmia,
عیرایس دمویٹ ، ۷۵۱	Leukæmia,
ای ، ۷۵۷	Leukæmia,
حد اور مرم ، ۷۵۸	Leukæmia,
ای خلوی ، ایف آس یا عیردرانی ، ۷۵۷	Leukæmia,
لی باھمی ، ۷۵۳	Leukæmia,
لی خلوی ، ۷۵۳	Leukæmia,
مرم ، ۷۵۴	Leukæmia,
گرھکی ، ۷۵۲	Leukæmia,
لسانی لورات ، ۲۱۳	Leukæmia,

آنت سی آتش ، ۶۰۶	Intestinal, syphilitic
کا بندر ، ۶۰۶	tubercle of,
کا قتلہ ، ۶۱۰	volvulus of,
دونوں سدری نوریہ جات ، ۱۵۰	Intra thoracic neoplasms,
کاسل کا درونی عامل ، ۳۰	Intrinsic factor of Castle,
بحال اسواہ (آٹا عشری میں ، ۶۰۹	Incubation, duodenal,
الہی ، الامعاء ، ۶۱ - ۶۱۱	Intussusception,
حاضر اور دونوں سے لہجہ ، ۱۴۹	Irritant gases, poisoning by,
وقف ہدمی دول ، ۴۳۶	Ischaemic atrophy,
رجہ فالہ کا ، ۴۶۰	necrosis of heart,
رفان میں لہجہ ، ۶۲۸	itching in pruritus
برقان ۶۲۶	Jaundice
سے ۴۰ ، ولو ، ۴۰	acholuric,
کتبانی ، ۴۸	acquired,
حاندان ، ۴۴	fauldy,
ارتو ، ۶۳۰	catarrhal,
مہرقہ ، ۶۳۳	dissipated,
اولی ہندی بھاس رسیدگی کے باعث ، ۶۲۱	due to primary liver damage,
ونائی ، ۶۲۱	epidemic,
نورائیدہ کا ، حاندان ، ۶۰۴	familial newly born,
دم پاشدہ ، ۶۲۱	hemolytic,
کلان طحالی ، ۴۰	splenomegaly,
سندی ، سائی ، معدول ، ۶۲۰	hepatic, infective, common,
سندی ، ۶۳۳	obstructive,
معی ، ۶۳۳	latent,
کی ، امراضات ، ۶۳۰	pathology of,
کے لئے ۸ شعات ، ۶۳۸	tests for
ماہی قروح ، ۵۴۹	lemmul ulcers,
وداحی علقہ ، ۴۱۹	Jugular thrombosis,
مجاور الواب قرعہ ، ۵۴۱	Juxta pyloric ulcer,
قرایت العلوم ، ۴۰۴	Keratitis pharyngis,
کتبوتیت کے لئے سرری کا شعات ، ۱۰۰	ketosis, clinical tests for,
کی تعریف ، ۸۱	definition of,
دنا بیطس میں ، ۸۱۶	in diabetes,
کردے کی کلائی ، دنا بیطس ملج میں ، ۸۱۴	kidney enlargement of, in diabetes insipidus,
کیک گزیدہ ، ۱۶۱	flea bitten,
کا چرشی مرض ، ۶۶۰	ludicrous disease of,

یرقان نوزائیدہ ، ۶۳۳	Icterus neonatorum,
سمی خودرو عارضات ، ۵۰	Idiopathies toxic,
لغائی رکود ، ۵۶۳	Ileal stasis,
لغائی اعوری امعاء الامعاء ، ۶۱۰	Ileo caecal intussusception,
لغائی قولونی امعاء الامعاء ، ۶۱۷	Ileo colic intussusception,
معدی اور اثنا عشری ایلاؤس ، ۵۳۸	Ileus, gastric and duodenal,
ماعتی نقل الدم ، ۷۷	Immunotransfusion,
شیرخواری کی طحالی عدم دموی ، ۷۴۵	Incompetence See Regurgitation
منیائی معوی التهاب ، ۵۸۳	Infancy, splenic anamni of,
• کیولی قسم ، ۸۸۵	Infantile enteritis,
تصلی ، شکمی ، ۵۸۹	Hercules type,
کے اقسام ، ۹۰۶	Infantilism, celiac,
محصہ قلب کا ، ۴۱۵	types of,
سرخ ، ۳۶۵	Infaret, of heart,
سلید ، ۴۶۶	red,
سدادی معصات ، طحال میں ، ۸۸	white,
سرایت دیابتیس میں ، ۸۳۸	Infracts, embolic, in spleen,
ساری التهاب درون قلب ، ، ۳۹۰	Infection in diabetes
دردیرش ، شحمی ، حشر میں ، ۶۵۹	Infective endocarditis
دیمی ، لختی دات الریه میں ، ۸۵	Infiltration, fatty, in liver,
استثنائی دات الریه ، ۹۹	purulent, in lobar pneumonia
معائنہ قلب ، ۳۴۷	Inhalation pneumonia,
انسولین کا استعمال ، ۸۰۶	Inspection of heart,
دیابتیس میں ، ۸۳۹	Insulin, administration of,
کے دریمہ دیابتیس کے علاج کے لئے	in diabetes,
مریض کا انتخاب ، ۸۳۳	treatment of diabetes, choice of case for
محران متوقف ، ۴۴۵	Intermittent claudication
اندرونی افراز کے امراض ، ۷۹۹	Internal secretion, diseases of,
پیس کالوی نظام ، ۸۰۸	Internal system,
معوی نارتل ، ۵۸۰	Intestinal catarrh,
تسد ، ۶۰۹	obstruction,
حاد کے علامات ، ۶۱۲	acute, symptoms of
مرم کے علامات ، ۶۱۲	chronic, symptoms of,
ریک ، ۵۹۲	sand
رکود ، ۵۶۶	stasis,
آنت سے رقی ، ۵۷۵	Intestine, haemorrhage from,
کی بنو بالیدیں ، ۶۰۶	new growths of,
کا تصیق ، ۶۱۰	structure of,

استرواح الصدر میں ہرہ بقرطہ ۱۸۸	Hypocriatic succussion in pneumothorax,
ہرش سپروٹسک کا مرض ۶۲۱	Härsprung's disease,
بالغ شعرایت ۸۸۶	Insutism, adult,
کل میچی سکر ۶۸۸	Hobnailed liver,
مرض ہادکن ۷۹۲	Hodpkin's disease
شاد نمائش ۴۴	Honey comb lung,
حرائی ۸۶۰	Hormone, follicular,
نحامی ہارمون ۸۸۱	Hormones, pituitary,
معدہ کا پانچویں انقباض ۵۵۳	Hour glass contraction of stomach,
وحامہ حلیبیہ ۷۲۹	Hyaline cells,
کیستی دو رے قلب کے ۲۳۰	Hydatid cysts of heart,
دہری استسائے مصلیٰ حالت حساسیت میں ۴۹	Hydrarthrosis purpurasmal, in allergic state,
توی الجمع آب ۱۸۸	Hydropic uridium,
آف استرواح الصدر ۱۸۲	Hydro pneumothorax,
استسقاء الصدر ۱۸۱	Hyaorthorax,
یش ادرینائیت ۸۸۰	Hyper adrenalism,
یش کلسیت ۸۷۱	Hyper calcemia,
یش تناسلیت ۹۰۰	Hypergenitalism,
خود عود یش استولایت ۸۵۱	Hypermusanism, spontaneous,
یش رد درقت ۸۰۹	Hyperparathyroidism,
ارتفاع الضغط ۴۲۹	Hyperpiesia,
یش نجامیت ۸۸۷	Hypopituitarism,
گرہکی یش تسکویں سکر کی ۶۳۵	Hyperplasia, nodular, of liver,
قرع سیبہ میں یش سکک ۹	Hyper resonance in percussion of chest
ارتفاع الضغط میں خلیت یش تشفی ۴۴۴	Hypertension, malignant, in hyperpiesia
یش پرورشی صغری کہیت ۶۵۵	Hypertrophic biliary catarrhus,
قلب کی یس پرورش ۳۱۷	Hypertrophy of heart,
قلیل تناسلیت ۹۰۰	Hypogenitalism,
قلیل شکر دموت ۸۵۰	Hypoglycemia,
قلیل شکر دموی توما ۸۵۰	Hypoglycemic coma,
دیر نامی شحمی تناسلی سوز معدہ ۸۹۱	Hypophyseal catrophia adiposo genitalis,
قہر نامی ۸۹۱	nanism,
قلیل نجامیت ۸۸۷ - ۸۹۱	Hypopituitarism,
رکودی ذات الرہ ۹۹۰	Hypostatic pneumonia
ہسٹیر نائی مے ۵۲۶	Hysterical vomiting,
یرقان ۶۲۶	Icterus,
معترق ۶۲۶	dissociated,
محق ۶۲۶	latent,



قلب کا انحطاط لوی، ۳۲۸	Heart, pigmentary degeneration of,
کی پیش از وقت ضربات، ۲۸۹	premature beats of,
کی شعاعیاتی تشریح، ۲۶۷	radiological anatomy of,
میں راست حاسی اور چپ جاسی علیہ، ۳۲۱ - ۳۲۰	right-sided and left-sided preponderance of,
کا عیسیٰ مصرعی مرض، ۳۷۳	right-sided valvular disease of,
کا انشقاق، ۳۳۳	rupture of,
حوی ادیبی مسدودی، ۲۸۹	sino-aortic block,
کی حوی کے نامدگی، ۲۸۳	sinus irregularity of,
سپاہی کا، ۳۱۸	soldier's
آوارس، ۳۵۰	sounds,
کی، آشک، ۳۳۱	syphilis of,
کا تدرن، ۳۲۱	tubercle of,
کے سلعات، ۳۳۶	tumours of
کا مرض مصرعی مرض، ۳۵۹	valvular disease of, chronic,
کی تشخیص، ۳۰۵	diagnosis of,
کی تحریر، ۳۸۰	prevention of
کا انداز، ۳۷۹	prognosis of
کا اصاقی تواتر، ۳۵۹	relative frequency of,
کا عیسیٰ ریشکی اساس، ۳۱۶	ventricular fibrillation of,
کی نو عری کی قاعدگی، ۲۸۳	youthful irregularity of,
	See also Cardiac
رفی نصی، ۳۵۵	Hemichorea,
رفی نصی طاج، ۳۵۵	Hemiplegia, choreic,
ہساک کا پریٹنور، ۷۱۰	Henoch's purpura,
مٹائی تشدد کے مشاہد، ۶۱۰	simulating intestinal obstruction,
کدی فالت، حالت حساسیت میں، ۵۰۰	Hepatic deficiency in allergic state
رقار، معمولی ساری، ۶۳۰	jaundice, infective, common,
تندری، ۶۳۲	obstructive,
	see also under Liver
رمادی سکد، شش کا، لحق ذات اثرہ میں، ۸۵	Hepatisation, grey, of lung, in lobar pneumonia,
الہاب حکر، حاد، ۱۳۰	Hepatitis, acute,
وان گروک کا گلا، کو حی افرس کمرال سکد، ۹۱۰	Hepato-megaly glycogenica of Von Gierke,
سقوط سکد، ۵۲۳	Hepatoptosis,
ڈائفرامی فتق، ۱۸۹	Hernia, diaphragmatic,
علی التهاب الفم، ۳۸۳	Herpetic stomatitis,
ہیکسیورالک ایسڈ، ۸۷۸	Hexuronic acid,
سل نابجہ، ۱۱۴ - ۱۳۱	Hilum phthisis,

مقلقش، ۲۸	Hay fever,
ہے کا کاشفہ، ۲۳۰	Hay' test,
قلب کے فعل کی سبب طبعی حالتیں، ۲۰۶	Heart, abnormalities of action of,
میں برق قلب، ۲۸۰	electrocardiography in
ایم ایس کے علاوہ، ۲۸۳ ۲۸۶	' James Stokes' syndrome,
کا سال، ۲۱۳۰	alternation of,
کا انورس، ۲۳۵	aneurysm of,
کا وطن، ۳۶۱	apoplectic disease of,
کے دین کار شکی، ۲۳۳	arrhythmia of,
کا رتہ، ۳۰۹	' flutter of,
کی مدد، ۳۸۱	block,
کا پورہ، ۲۲۸	brown atrophy of
کی قابلیت، ۲۶۳	capacity of, for effort, estimation of,
کے مرض کا علاج، ۲۸۱	chronic disease of, treatment of,
کی نمونیں، ۲۱۱	compensation of,
کا پیدا سی، ۲۰۴	congenital malformations of,
کا انبار، ۲۲۷	conductors of,
کا اتساع، ۲۱۱	distention of,
کا مرض اور، ۲۸۹	disease and pregnancy,
کے عضلہ کے امراض، ۲۲۰	diseases of myocardium,
کا غیر منظم، ۲۶۸	disordered action of,
علائمہ، ۲۱۸	effort syndrome,
کا امراض، ۲۴۷	examination of,
لاشعاع، ۲۶۵	by X-rays,
کے متغیر اندکماشات، ۲۸۱	extrasystoles of,
کی قوموں کا فشل، ۲۲۴	failure of compensation of,
کا شحی اعطاط، ۲۲۸	fatty degeneration of,
کا لیبی اعطاط، ۲۳۰	fibrin degeneration of
کا سبب الوقوع، ۲۹۵	frequent action of,
کی و نالندگیان، ۲۳۶	growths of,
کے کیستی دور، ۲۲۷	hydatid cysts of,
کی بیش پرورش، ۲۱۷	hypertrophy of,
محور مرکز، ۲۱۸	eccentric,
کا قلیل الوقوع فعل، ۲۱۵	infrequent action of
کا وقف الدمی للجر، ۲۶۰	ischemic necrosis of,
خسب التهاب درون قلب، ۲۹۰	malignant endocarditis,
مطارانی مرض، ۲۶۸	mitral disease,
نازوری، ۲۷۱	regurgitation,
صنق، ۲۷۲	stenosis,
کے طفیلیات، ۲۳۶	parasites of,

گائٹر ، سکولائیڈ ، ۸۵۵	Goitre, colloid,
مقامی الحدوث یا اعرادی الحدوث ، ۸۵۳	endemic or sporadic,
حجوطی ، ۸۵۶	exophthalmic,
لمبی عدہ آسا ، ۸۵۵	lymphadenoid,
دیوی مدر کے علاج میں مونا ، ۱۳۵	Gold in treatment of phthisis,
مہیج المولذات ہارمونز ، ۸۸۷	Gonadotropic hormones,
ناسلی عدد ، ۸۹۷	Gonads,
گارڈر کا قنف ، مرض ہاکن کے علاج میں ، ۹۶	Gordon's virus in treatment of Hodgkin's disease,
گراہام کی غذا ، دیابیطس میں ، ۸۳۵	Graham's diet in diabetes,
کاکاشعہ ، مرادہ کے وطیعہ کے متعلق ، ۶۷۱	test of gall bladder function,
س راسی اورک : سلمہ ، ہیونت دھن میں ، ۴۸۲	Gumoma, apical in oral sepsis,
مرض گریو ، ۸۵۶	Graves' disease,
لحی ذات الریہ میں رمادی تسکند ، ۸۵	Grey hepatisation of lung in lobar pneumonia,
ذات الحلب میں گروکوکا برد فوری مثلث ، ۱-۱	Grocco's paravertebral triangle in pleurisy,
گواپا کے دریمہ امتسار ، ۵۰۴	Guaiacum test,
دیابیطس میں گواپا کی غذا ، ۸۳۵	Guelpa's diet in diabetes,
دموی جوہر ، ۳۰	Hæmatomic principle,
حون لویت ، ۶۴۸	Hæmochromatosis,
دموی حلیہ پسا ، ۹۸	Hæmocytometer,
ہیموگلوبن کی تخمین ، ۷۱۹	Hæmoglobin, estimation of,
ہیموگلوبن اولیت ، ۷۶۴	Hæmoglobinuria,
دودی ، ۷۶۵	paroxysmal,
انفلات الدموی عدم دموتی ، ۷۳۶	Hæmolytic anaemia,
برقان ، ۶۳۹	jaundice
سکلان طحالی ، ۷۴۷	splenomegaly,
لیڈرکی ، ۷۴۹	Lederer's,
تاء مودی احتیاج الدم ، ۴۴۵	Hæmopericardium,
ریفیت ، ۷۷۳	Hæmophilia,
دموی استرواح الصدر ، ۹۸۴	Hæmo pneumothorax,
مثال الدم ، دیوی تدرن میں ، ۱۲۳ - ۱۳۵	Hæmoptysis in phthisis,
برف موی ، ۵۷۵	Hæmorrhage from bowel,
دیوی تدرن میں ، ۱۱۹	in phthisis,
	See also Hæmoptysis
تری حراح ، ۷۶۸	Hæmorrhagic diathesis,
التهاب پانکراس ، ۶۸۹	pancreatitis,
صدر دموت ، ۱۸۲	Hæmothorax,
ہینڈ اور کرسچین کا مرض ، ۷۹۱	Hand Christian's disease,
ہینوکی کہت ، ۶۵۵	Hanot's cirrhosis,

فرك ، پليورائی تاء موری ، داب الحیث میں ، ۱-۳	Friction, pleuro-pericardial, in pleurisy
کی آواز ، سانس لہیے میں ، ۱۶	sound in breathing,
فریڈ لندر کا ۱۶ اریہ ، ۹۸	Friedlander pneumonia
فرالڈ کا علاقہ ، ۹۹	Frohlich's syndrome,
حیگر کے وظیفہ کے کاشفات ، ۶۲۱	Function of liver, tests of,
گالا کٹاور کا کاشفہ ، ۶۳۵	Galactose test
مراد ، بی کالستریر ، ۶۰۳	Gall bladder, cholesterosis of,
ا ، بیسی ، ۶۴۳	strawberry,
سنگ صر ، کا سوہ صم ، ۶۰۹	Gall stone dyspepsia,
سنگھارے صرا ، ۶۰۶	Gall stones
گنگرین دیابٹس میں ، ۸۳۰	Gangrene in diabetes,
شر ، کی ، ۱۹۰	of lung,
متشاکل ، ۴۶۰	symmetrical,
حشر آور ، سیسود سے نسیم ، ۱۲۰	Gases, irritant, poisoning by,
الہاب امعدہ ، حاد ، ۵۳۰	Gastritis, acute,
مرصہ ، ۵۳۲	chronic,
نہجی ا لمعوق ، ۵۳۱	suppurative or phlegmonous,
معدی قولوی ماسور ، ۵۵۷	Gastro colic fistula,
مکوسہ ، ۵۶۳	reflex
معدہ راد امہال ، ۵۷۳	Gastrogenous diarrhoea,
معدی لغائی مکوسہ ، ۶۶۳	Gastro iliac reflex,
معدی معائی حلالات ، حال ماسور میں ۵۰	Gastro intestinal disturbances in allergic state,
معدی صائی قروح ، ۵۶۹	Gastro jejunal ulcers,
معدی صائی معویہ کے عواقب ، ۵۶۸	Gastro jejunostomy, sequelae of,
مقوط امعدہ ، ۵۲۳	Gastroptosis,
معدہ ہی ، حم پدر ، ۵۰۵	Gastroscope flexible,
گاؤخ کا مرصہ ، ۷۹۱	Gaucher's disease
کیتوئیت کے لئے گزمارٹ کا کاشفہ ، ۸۱۰	Gerhardt's test for ketosis,
عریٹک ، ۸۹۱	Gigantism,
سکاک کا مکسجر ، ۲۰۱	Hogg's mixture,
گلینارڈ کا مرصہ ، ۶۲۳	Glenard's disease,
تشنج مرمار ، ۲۳۲ ۲۳۶	Glottis, spasm of,
مرصہ گلاٹکوجن ، ۹۱۰	Glycogen disease,
شکر نویت ، عدائی ، ۸۱۹	Glycosuria, alimentary,
کلوی ، ۸۴۲	renal,
گلاٹکیورائک ایسڈ بول میں ، ۸۱۴	Glycuronic acid in urine,
میلن کا کاشفہ ، ۶۲۹	Granelin's test,

اختصاص ، ۸۹۹	Eunuchism,
خصیائی ، ۹۰۰	Eunuchoidism,
ایوالڈ کا امتحانی ناشتہ ، ۹۹۹	Ewald's test breakfast,
امتحان سینہ ، ۱	Examination of chest
حجوطی کانٹر ، ۸۵۶	Exophthalmic goitre,
حجوط العین کانٹر میں ، ۸۶۱	Exophthalmos in goitre,
سہل دہلوی میں نعت ، ۱۲۳	Expectoration in phthisis,
کاسل کا بروی عامل ، ۷۳۰	Extrinsic factor of Castle
امارت ارو ، عطافی دیمام میں ، ۸۶۶	Eyebrow sign in myxedema,
شحم سدایت ، ۱۵۳	Pit embolism,
شحمی انحطاطات ، حشر میں ، ۶۵۹	Fatty degenerations in liver,
قلب کے ، ۳۳۸	of heart,
فہدی علقت ، ۴۶۹	Femoral thrombosis,
بول میں شکر کا تخمیری امتحان ، ۸۱۲	Fermentation test for sugar in urine,
ریشکی امراض ، اس کا ، ۳۰۸	Fibrillation, auricular,
قلبی کا ، ۳۱۶	ventricular,
بائی کا لپی عدی انحطاط ، ۷۹۰	Fibro adenoma, Banti's,
لپی انحطاط قلب کا ، ۳۳۰	Fibroid degeneration of heart
شش ، ۱۰۵	lung,
لپی شش تمدد الشعب کے ہمار ، ۲۳۰	Fibroid lung with bronchiectasis,
سہل ، ۱۳۱	phthisis,
حجرہ کا سلمہ لیفیہ ، ۲۲۵	Fibroma of larynx,
لیفیہ ، شربانی شعری ، ۲۳۵	Fibrosis, a tercio capillary,
لیفیہ شش ، ۱۰۵	of lung,
مخڑان معدہ میں نقص یری ، ۵۱۰	Filling defect in carcinoma of stomach,
معدی قواوی ناسور ، ۵۵۷	Fistula, gastro coele,
سوء ہضم میں رعیت ، ۵۱۵	Flatulence in dyspepsia,
کیلا گریڈہ گردے ، ۴۹۳	Flea bitten kidneys
اسسقاء شکری میں تموج ، ۴۰۹ ، ۶۳۶	Fluctuation in ascites,
ادبی دھوہ ، ۳۰۹	Flutter, auricular,
حیاتی لے ، ۲۵۲	Fetal rhythm,
فالکولیں ، ۶۹۷	Folliculum,
عدائی تسمم ، ۵۸۶	Food poisoning,
موراح انصوی ، مفتوح ، ۴۰۴	Foramen ovale, patent,
احسام عربہ ، آنت میں ، ۶۰۹	Foreign bodies in intestine,
حجرہ میں ، ۲۲۷	in larynx,
قصۃ الریہ میں ، ۲۴	in trachea,
کسری امتحانی عدا ، ۵۰۰	Fractional test meal,
حسیات کی شکائی ، ۷۱	Fragility of corpuscles,

سجک کا ۶۹	Laryngitis of lungs,
خرد ششی ۷۰	small lunged,
عقد اشعب کی ۷۱	with bronchiectasis,
نقلیہ در ۱۳ ۱۶۷	leptocystic,
۱۲۰	ulcerating,
داندل ۶۱، ۲۲۸	leucoplacoid,
درہ ۷۱، ۷۲، ۷۳، ۷۴، ۷۵، ۷۶، ۷۷، ۷۸، ۷۹، ۸۰، ۸۱، ۸۲، ۸۳، ۸۴، ۸۵، ۸۶، ۸۷، ۸۸، ۸۹، ۹۰، ۹۱، ۹۲، ۹۳، ۹۴، ۹۵، ۹۶، ۹۷، ۹۸، ۹۹، ۱۰۰، ۱۰۱، ۱۰۲، ۱۰۳، ۱۰۴، ۱۰۵، ۱۰۶، ۱۰۷، ۱۰۸، ۱۰۹، ۱۱۰، ۱۱۱، ۱۱۲، ۱۱۳، ۱۱۴، ۱۱۵، ۱۱۶، ۱۱۷، ۱۱۸، ۱۱۹، ۱۲۰، ۱۲۱، ۱۲۲، ۱۲۳، ۱۲۴، ۱۲۵، ۱۲۶، ۱۲۷، ۱۲۸، ۱۲۹، ۱۳۰، ۱۳۱، ۱۳۲، ۱۳۳، ۱۳۴، ۱۳۵، ۱۳۶، ۱۳۷، ۱۳۸، ۱۳۹، ۱۴۰، ۱۴۱، ۱۴۲، ۱۴۳، ۱۴۴، ۱۴۵، ۱۴۶، ۱۴۷، ۱۴۸، ۱۴۹، ۱۵۰، ۱۵۱، ۱۵۲، ۱۵۳، ۱۵۴، ۱۵۵، ۱۵۶، ۱۵۷، ۱۵۸، ۱۵۹، ۱۶۰، ۱۶۱، ۱۶۲، ۱۶۳، ۱۶۴، ۱۶۵، ۱۶۶، ۱۶۷، ۱۶۸، ۱۶۹، ۱۷۰، ۱۷۱، ۱۷۲، ۱۷۳، ۱۷۴، ۱۷۵، ۱۷۶، ۱۷۷، ۱۷۸، ۱۷۹، ۱۸۰، ۱۸۱، ۱۸۲، ۱۸۳، ۱۸۴، ۱۸۵، ۱۸۶، ۱۸۷، ۱۸۸، ۱۸۹، ۱۹۰، ۱۹۱، ۱۹۲، ۱۹۳، ۱۹۴، ۱۹۵، ۱۹۶، ۱۹۷، ۱۹۸، ۱۹۹، ۲۰۰، ۲۰۱، ۲۰۲، ۲۰۳، ۲۰۴، ۲۰۵، ۲۰۶، ۲۰۷، ۲۰۸، ۲۰۹، ۲۱۰، ۲۱۱، ۲۱۲، ۲۱۳، ۲۱۴، ۲۱۵، ۲۱۶، ۲۱۷، ۲۱۸، ۲۱۹، ۲۲۰، ۲۲۱، ۲۲۲، ۲۲۳، ۲۲۴، ۲۲۵، ۲۲۶، ۲۲۷، ۲۲۸، ۲۲۹، ۲۳۰، ۲۳۱، ۲۳۲، ۲۳۳، ۲۳۴، ۲۳۵، ۲۳۶، ۲۳۷، ۲۳۸، ۲۳۹، ۲۴۰، ۲۴۱، ۲۴۲، ۲۴۳، ۲۴۴، ۲۴۵، ۲۴۶، ۲۴۷، ۲۴۸، ۲۴۹، ۲۵۰، ۲۵۱، ۲۵۲، ۲۵۳، ۲۵۴، ۲۵۵، ۲۵۶، ۲۵۷، ۲۵۸، ۲۵۹، ۲۶۰، ۲۶۱، ۲۶۲، ۲۶۳، ۲۶۴، ۲۶۵، ۲۶۶، ۲۶۷، ۲۶۸، ۲۶۹، ۲۷۰، ۲۷۱، ۲۷۲، ۲۷۳، ۲۷۴، ۲۷۵، ۲۷۶، ۲۷۷، ۲۷۸، ۲۷۹، ۲۸۰، ۲۸۱، ۲۸۲، ۲۸۳، ۲۸۴، ۲۸۵، ۲۸۶، ۲۸۷، ۲۸۸، ۲۸۹، ۲۹۰، ۲۹۱، ۲۹۲، ۲۹۳، ۲۹۴، ۲۹۵، ۲۹۶، ۲۹۷، ۲۹۸، ۲۹۹، ۳۰۰، ۳۰۱، ۳۰۲، ۳۰۳، ۳۰۴، ۳۰۵، ۳۰۶، ۳۰۷، ۳۰۸، ۳۰۹، ۳۱۰، ۳۱۱، ۳۱۲، ۳۱۳، ۳۱۴، ۳۱۵، ۳۱۶، ۳۱۷، ۳۱۸، ۳۱۹، ۳۲۰، ۳۲۱، ۳۲۲، ۳۲۳، ۳۲۴، ۳۲۵، ۳۲۶، ۳۲۷، ۳۲۸، ۳۲۹، ۳۳۰، ۳۳۱، ۳۳۲، ۳۳۳، ۳۳۴، ۳۳۵، ۳۳۶، ۳۳۷، ۳۳۸، ۳۳۹، ۳۴۰، ۳۴۱، ۳۴۲، ۳۴۳، ۳۴۴، ۳۴۵، ۳۴۶، ۳۴۷، ۳۴۸، ۳۴۹، ۳۵۰، ۳۵۱، ۳۵۲، ۳۵۳، ۳۵۴، ۳۵۵، ۳۵۶، ۳۵۷، ۳۵۸، ۳۵۹، ۳۶۰، ۳۶۱، ۳۶۲، ۳۶۳، ۳۶۴، ۳۶۵، ۳۶۶، ۳۶۷، ۳۶۸، ۳۶۹، ۳۷۰، ۳۷۱، ۳۷۲، ۳۷۳، ۳۷۴، ۳۷۵، ۳۷۶، ۳۷۷، ۳۷۸، ۳۷۹، ۳۸۰، ۳۸۱، ۳۸۲، ۳۸۳، ۳۸۴، ۳۸۵، ۳۸۶، ۳۸۷، ۳۸۸، ۳۸۹، ۳۹۰، ۳۹۱، ۳۹۲، ۳۹۳، ۳۹۴، ۳۹۵، ۳۹۶، ۳۹۷، ۳۹۸، ۳۹۹، ۴۰۰، ۴۰۱، ۴۰۲، ۴۰۳، ۴۰۴، ۴۰۵، ۴۰۶، ۴۰۷، ۴۰۸، ۴۰۹، ۴۱۰، ۴۱۱، ۴۱۲، ۴۱۳، ۴۱۴، ۴۱۵، ۴۱۶، ۴۱۷، ۴۱۸، ۴۱۹، ۴۲۰، ۴۲۱، ۴۲۲، ۴۲۳، ۴۲۴، ۴۲۵، ۴۲۶، ۴۲۷، ۴۲۸، ۴۲۹، ۴۳۰، ۴۳۱، ۴۳۲، ۴۳۳، ۴۳۴، ۴۳۵، ۴۳۶، ۴۳۷، ۴۳۸، ۴۳۹، ۴۴۰، ۴۴۱، ۴۴۲، ۴۴۳، ۴۴۴، ۴۴۵، ۴۴۶، ۴۴۷، ۴۴۸، ۴۴۹، ۴۵۰، ۴۵۱، ۴۵۲، ۴۵۳، ۴۵۴، ۴۵۵، ۴۵۶، ۴۵۷، ۴۵۸، ۴۵۹، ۴۶۰، ۴۶۱، ۴۶۲، ۴۶۳، ۴۶۴، ۴۶۵، ۴۶۶، ۴۶۷، ۴۶۸، ۴۶۹، ۴۷۰، ۴۷۱، ۴۷۲، ۴۷۳، ۴۷۴، ۴۷۵، ۴۷۶، ۴۷۷، ۴۷۸، ۴۷۹، ۴۸۰، ۴۸۱، ۴۸۲، ۴۸۳، ۴۸۴، ۴۸۵، ۴۸۶، ۴۸۷، ۴۸۸، ۴۸۹، ۴۹۰، ۴۹۱، ۴۹۲، ۴۹۳، ۴۹۴، ۴۹۵، ۴۹۶، ۴۹۷، ۴۹۸، ۴۹۹، ۵۰۰، ۵۰۱، ۵۰۲، ۵۰۳، ۵۰۴، ۵۰۵، ۵۰۶، ۵۰۷، ۵۰۸، ۵۰۹، ۵۱۰، ۵۱۱، ۵۱۲، ۵۱۳، ۵۱۴، ۵۱۵، ۵۱۶، ۵۱۷، ۵۱۸، ۵۱۹، ۵۲۰، ۵۲۱، ۵۲۲، ۵۲۳، ۵۲۴، ۵۲۵، ۵۲۶، ۵۲۷، ۵۲۸، ۵۲۹، ۵۳۰، ۵۳۱، ۵۳۲، ۵۳۳، ۵۳۴، ۵۳۵، ۵۳۶، ۵۳۷، ۵۳۸، ۵۳۹، ۵۴۰، ۵۴۱، ۵۴۲، ۵۴۳، ۵۴۴، ۵۴۵، ۵۴۶، ۵۴۷، ۵۴۸، ۵۴۹، ۵۵۰، ۵۵۱، ۵۵۲، ۵۵۳، ۵۵۴، ۵۵۵، ۵۵۶، ۵۵۷، ۵۵۸، ۵۵۹، ۵۶۰، ۵۶۱، ۵۶۲، ۵۶۳، ۵۶۴، ۵۶۵، ۵۶۶، ۵۶۷، ۵۶۸، ۵۶۹، ۵۷۰، ۵۷۱، ۵۷۲، ۵۷۳، ۵۷۴، ۵۷۵، ۵۷۶، ۵۷۷، ۵۷۸، ۵۷۹، ۵۸۰، ۵۸۱، ۵۸۲، ۵۸۳، ۵۸۴، ۵۸۵، ۵۸۶، ۵۸۷، ۵۸۸، ۵۸۹، ۵۹۰، ۵۹۱، ۵۹۲، ۵۹۳، ۵۹۴، ۵۹۵، ۵۹۶، ۵۹۷، ۵۹۸، ۵۹۹، ۶۰۰، ۶۰۱، ۶۰۲، ۶۰۳، ۶۰۴، ۶۰۵، ۶۰۶، ۶۰۷، ۶۰۸، ۶۰۹، ۶۱۰، ۶۱۱، ۶۱۲، ۶۱۳، ۶۱۴، ۶۱۵، ۶۱۶، ۶۱۷، ۶۱۸، ۶۱۹، ۶۲۰، ۶۲۱، ۶۲۲، ۶۲۳، ۶۲۴، ۶۲۵، ۶۲۶، ۶۲۷، ۶۲۸، ۶۲۹، ۶۳۰، ۶۳۱، ۶۳۲، ۶۳۳، ۶۳۴، ۶۳۵، ۶۳۶، ۶۳۷، ۶۳۸، ۶۳۹، ۶۴۰، ۶۴۱، ۶۴۲، ۶۴۳، ۶۴۴، ۶۴۵، ۶۴۶، ۶۴۷، ۶۴۸، ۶۴۹، ۶۵۰، ۶۵۱، ۶۵۲، ۶۵۳، ۶۵۴، ۶۵۵، ۶۵۶، ۶۵۷، ۶۵۸، ۶۵۹، ۶۶۰، ۶۶۱، ۶۶۲، ۶۶۳، ۶۶۴، ۶۶۵، ۶۶۶، ۶۶۷، ۶۶۸، ۶۶۹، ۶۷۰، ۶۷۱، ۶۷۲، ۶۷۳، ۶۷۴، ۶۷۵، ۶۷۶، ۶۷۷، ۶۷۸، ۶۷۹، ۶۸۰، ۶۸۱، ۶۸۲، ۶۸۳، ۶۸۴، ۶۸۵، ۶۸۶، ۶۸۷، ۶۸۸، ۶۸۹، ۶۹۰، ۶۹۱، ۶۹۲، ۶۹۳، ۶۹۴، ۶۹۵، ۶۹۶، ۶۹۷، ۶۹۸، ۶۹۹، ۷۰۰، ۷۰۱، ۷۰۲، ۷۰۳، ۷۰۴، ۷۰۵، ۷۰۶، ۷۰۷، ۷۰۸، ۷۰۹، ۷۱۰، ۷۱۱، ۷۱۲، ۷۱۳، ۷۱۴، ۷۱۵، ۷۱۶، ۷۱۷، ۷۱۸، ۷۱۹، ۷۲۰، ۷۲۱، ۷۲۲، ۷۲۳، ۷۲۴، ۷۲۵، ۷۲۶، ۷۲۷، ۷۲۸، ۷۲۹، ۷۳۰، ۷۳۱، ۷۳۲، ۷۳۳، ۷۳۴، ۷۳۵، ۷۳۶، ۷۳۷، ۷۳۸، ۷۳۹، ۷۴۰، ۷۴۱، ۷۴۲، ۷۴۳، ۷۴۴، ۷۴۵، ۷۴۶، ۷۴۷، ۷۴۸، ۷۴۹، ۷۵۰، ۷۵۱، ۷۵۲، ۷۵۳، ۷۵۴، ۷۵۵، ۷۵۶، ۷۵۷، ۷۵۸، ۷۵۹، ۷۶۰، ۷۶۱، ۷۶۲، ۷۶۳، ۷۶۴، ۷۶۵، ۷۶۶، ۷۶۷، ۷۶۸، ۷۶۹، ۷۷۰، ۷۷۱، ۷۷۲، ۷۷۳، ۷۷۴، ۷۷۵، ۷۷۶، ۷۷۷، ۷۷۸، ۷۷۹، ۷۸۰، ۷۸۱، ۷۸۲، ۷۸۳، ۷۸۴، ۷۸۵، ۷۸۶، ۷۸۷، ۷۸۸، ۷۸۹، ۷۹۰، ۷۹۱، ۷۹۲، ۷۹۳، ۷۹۴، ۷۹۵، ۷۹۶، ۷۹۷، ۷۹۸، ۷۹۹، ۸۰۰، ۸۰۱، ۸۰۲، ۸۰۳، ۸۰۴، ۸۰۵، ۸۰۶، ۸۰۷، ۸۰۸، ۸۰۹، ۸۱۰، ۸۱۱، ۸۱۲، ۸۱۳، ۸۱۴، ۸۱۵، ۸۱۶، ۸۱۷، ۸۱۸، ۸۱۹، ۸۲۰، ۸۲۱، ۸۲۲، ۸۲۳، ۸۲۴، ۸۲۵، ۸۲۶، ۸۲۷، ۸۲۸، ۸۲۹، ۸۳۰، ۸۳۱، ۸۳۲، ۸۳۳، ۸۳۴، ۸۳۵، ۸۳۶، ۸۳۷، ۸۳۸، ۸۳۹، ۸۴۰، ۸۴۱، ۸۴۲، ۸۴۳، ۸۴۴، ۸۴۵، ۸۴۶، ۸۴۷، ۸۴۸، ۸۴۹، ۸۵۰، ۸۵۱، ۸۵۲، ۸۵۳، ۸۵۴، ۸۵۵، ۸۵۶، ۸۵۷، ۸۵۸، ۸۵۹، ۸۶۰، ۸۶۱، ۸۶۲، ۸۶۳، ۸۶۴، ۸۶۵، ۸۶۶، ۸۶۷، ۸۶۸، ۸۶۹، ۸۷۰، ۸۷۱، ۸۷۲، ۸۷۳، ۸۷۴، ۸۷۵، ۸۷۶، ۸۷۷، ۸۷۸، ۸۷۹، ۸۸۰، ۸۸۱، ۸۸۲، ۸۸۳، ۸۸۴، ۸۸۵، ۸۸۶، ۸۸۷، ۸۸۸، ۸۸۹، ۸۹۰، ۸۹۱، ۸۹۲، ۸۹۳، ۸۹۴، ۸۹۵، ۸۹۶، ۸۹۷، ۸۹۸، ۸۹۹، ۹۰۰، ۹۰۱، ۹۰۲، ۹۰۳، ۹۰۴، ۹۰۵، ۹۰۶، ۹۰۷، ۹۰۸، ۹۰۹، ۹۱۰، ۹۱۱، ۹۱۲، ۹۱۳، ۹۱۴، ۹۱۵، ۹۱۶، ۹۱۷، ۹۱۸، ۹۱۹، ۹۲۰، ۹۲۱، ۹۲۲، ۹۲۳، ۹۲۴، ۹۲۵، ۹۲۶، ۹۲۷، ۹۲۸، ۹۲۹، ۹۳۰، ۹۳۱، ۹۳۲، ۹۳۳، ۹۳۴، ۹۳۵، ۹۳۶، ۹۳۷، ۹۳۸، ۹۳۹، ۹۴۰، ۹۴۱، ۹۴۲، ۹۴۳، ۹۴۴، ۹۴۵، ۹۴۶، ۹۴۷، ۹۴۸، ۹۴۹، ۹۵۰، ۹۵۱، ۹۵۲، ۹۵۳، ۹۵۴، ۹۵۵، ۹۵۶، ۹۵۷، ۹۵۸، ۹۵۹، ۹۶۰، ۹۶۱، ۹۶۲، ۹۶۳، ۹۶۴، ۹۶۵، ۹۶۶، ۹۶۷، ۹۶۸، ۹۶۹، ۹۷۰، ۹۷۱، ۹۷۲، ۹۷۳، ۹۷۴، ۹۷۵، ۹۷۶، ۹۷۷، ۹۷۸، ۹۷۹، ۹۸۰، ۹۸۱، ۹۸۲، ۹۸۳، ۹۸۴، ۹۸۵، ۹۸۶، ۹۸۷، ۹۸۸، ۹۸۹، ۹۹۰، ۹۹۱، ۹۹۲، ۹۹۳، ۹۹۴، ۹۹۵، ۹۹۶، ۹۹۷، ۹۹۸، ۹۹۹، ۱۰۰۰، ۱۰۰۱، ۱۰۰۲، ۱۰۰۳، ۱۰۰۴، ۱۰۰۵، ۱۰۰۶، ۱۰۰۷، ۱۰۰۸، ۱۰۰۹، ۱۰۱۰، ۱۰۱۱، ۱۰۱۲، ۱۰۱۳، ۱۰۱۴، ۱۰۱۵، ۱۰۱۶، ۱۰۱۷، ۱۰۱۸، ۱۰۱۹، ۱۰۲۰، ۱۰۲۱، ۱۰۲۲، ۱۰۲۳، ۱۰۲۴، ۱۰۲۵، ۱۰۲۶، ۱۰۲۷، ۱۰۲۸، ۱۰۲۹، ۱۰۳۰، ۱۰۳۱، ۱۰۳۲، ۱۰۳۳، ۱۰۳۴، ۱۰۳۵، ۱۰۳۶، ۱۰۳۷، ۱۰۳۸، ۱۰۳۹، ۱۰۴۰، ۱۰۴۱، ۱۰۴۲، ۱۰۴۳، ۱۰۴۴، ۱۰۴۵، ۱۰۴۶، ۱۰۴۷، ۱۰۴۸، ۱۰۴۹، ۱۰۵۰، ۱۰۵۱، ۱۰۵۲، ۱۰۵۳، ۱۰۵۴، ۱۰۵۵، ۱۰۵۶، ۱۰۵۷، ۱۰۵۸، ۱۰۵۹، ۱۰۶۰، ۱۰۶۱، ۱۰۶۲، ۱۰۶۳، ۱۰۶۴، ۱۰۶۵، ۱۰۶۶، ۱۰۶۷، ۱۰۶۸، ۱۰۶۹، ۱۰۷۰، ۱۰۷۱، ۱۰۷۲، ۱۰۷۳، ۱۰۷۴، ۱۰۷۵، ۱۰۷۶، ۱۰۷۷، ۱۰۷۸، ۱۰۷۹، ۱۰۸۰، ۱۰۸۱، ۱۰۸۲، ۱۰۸۳، ۱۰۸۴، ۱۰۸۵، ۱۰۸۶، ۱۰۸۷، ۱۰۸۸، ۱۰۸۹، ۱۰۹۰، ۱۰۹۱، ۱۰۹۲، ۱۰۹۳، ۱۰۹۴، ۱۰۹۵، ۱۰۹۶، ۱۰۹۷، ۱۰۹۸، ۱۰۹۹، ۱۱۰۰، ۱۱۰۱، ۱۱۰۲، ۱۱۰۳، ۱۱۰۴، ۱۱۰۵، ۱۱۰۶، ۱۱۰۷، ۱۱۰۸، ۱۱۰۹، ۱۱۱۰، ۱۱۱۱، ۱۱۱۲، ۱۱۱۳، ۱۱۱۴، ۱۱۱۵، ۱۱۱۶، ۱۱۱۷، ۱۱۱۸، ۱۱۱۹، ۱۱۲۰، ۱۱۲۱، ۱۱۲۲، ۱۱۲۳، ۱۱۲۴، ۱۱۲۵، ۱۱۲۶، ۱۱۲۷، ۱۱۲۸، ۱۱۲۹، ۱۱۳۰، ۱۱۳۱، ۱۱۳۲، ۱۱۳۳، ۱۱۳۴، ۱۱۳۵، ۱۱۳۶، ۱۱۳۷، ۱۱۳۸، ۱۱۳۹، ۱۱۴۰، ۱۱۴۱، ۱۱۴۲، ۱۱۴۳، ۱۱۴۴، ۱۱۴۵، ۱۱۴۶، ۱۱۴۷، ۱۱۴۸، ۱۱۴۹، ۱۱۵۰، ۱۱۵۱، ۱۱۵۲، ۱۱۵۳، ۱۱۵۴، ۱۱۵۵، ۱۱۵۶، ۱۱۵۷، ۱۱۵۸، ۱۱۵۹، ۱۱۶۰، ۱۱۶۱، ۱۱۶۲، ۱۱۶۳، ۱۱۶۴، ۱۱۶۵، ۱۱۶۶، ۱۱۶۷، ۱۱۶۸، ۱۱۶۹، ۱۱۷۰، ۱۱۷۱، ۱۱۷۲، ۱۱۷۳، ۱۱۷۴، ۱۱۷۵، ۱۱۷۶، ۱۱۷۷، ۱۱۷۸، ۱۱۷۹، ۱۱۸۰، ۱۱۸۱، ۱۱۸۲، ۱۱۸۳، ۱۱۸۴، ۱۱۸۵، ۱۱۸۶، ۱۱۸۷، ۱۱۸۸، ۱۱۸۹، ۱۱۹۰، ۱۱۹۱، ۱۱۹۲، ۱۱۹۳، ۱۱۹۴، ۱۱۹۵، ۱۱۹۶، ۱۱۹۷، ۱۱۹۸، ۱۱۹۹، ۱۲۰۰، ۱۲۰۱، ۱۲۰۲، ۱۲۰۳، ۱۲۰۴، ۱۲۰۵، ۱۲۰۶، ۱۲۰۷، ۱۲۰۸، ۱۲۰۹، ۱۲۱۰، ۱۲۱۱، ۱۲۱۲، ۱۲۱۳، ۱۲۱۴، ۱۲۱۵، ۱۲۱۶، ۱۲۱۷، ۱۲۱۸، ۱۲۱۹، ۱۲۲۰، ۱۲۲۱، ۱۲۲۲، ۱۲۲۳، ۱۲۲۴، ۱۲۲۵، ۱۲۲۶، ۱۲۲۷، ۱۲۲۸، ۱۲۲۹، ۱۲۳۰، ۱۲۳۱، ۱۲۳۲، ۱۲۳۳، ۱۲۳۴، ۱۲۳۵، ۱۲۳۶، ۱۲۳۷، ۱۲۳۸، ۱۲۳۹، ۱۲۴۰، ۱۲۴۱، ۱۲۴۲، ۱۲۴۳، ۱۲۴۴، ۱۲۴۵، ۱۲۴۶، ۱۲۴۷، ۱۲۴۸، ۱۲۴۹، ۱۲۵۰، ۱۲۵۱، ۱۲۵۲، ۱۲۵۳، ۱۲۵۴، ۱۲۵۵، ۱۲۵۶، ۱۲۵۷، ۱۲۵۸، ۱۲۵۹، ۱۲۶۰، ۱۲۶۱، ۱۲۶۲، ۱۲۶۳، ۱۲۶۴، ۱۲۶۵، ۱۲۶۶، ۱۲۶۷، ۱۲۶۸، ۱۲۶۹، ۱۲۷۰، ۱۲۷۱، ۱۲۷۲، ۱۲۷۳، ۱۲۷۴، ۱۲۷۵، ۱۲۷۶، ۱۲۷۷، ۱۲۷۸، ۱۲۷۹، ۱۲۸۰، ۱۲۸۱، ۱۲۸۲، ۱۲۸۳، ۱۲۸۴، ۱۲۸۵، ۱۲۸۶، ۱۲۸۷، ۱۲۸۸، ۱۲۸۹، ۱۲۹۰، ۱۲۹۱، ۱۲۹۲، ۱۲۹۳، ۱۲۹۴، ۱۲۹۵، ۱۲۹۶، ۱۲۹۷، ۱۲۹۸، ۱۲۹۹، ۱۳۰۰، ۱۳۰۱، ۱۳۰۲، ۱۳۰۳، ۱۳۰۴، ۱۳۰۵، ۱۳۰۶، ۱۳۰۷، ۱۳۰۸، ۱۳۰۹، ۱۳۱۰، ۱۳۱۱، ۱۳۱۲، ۱۳۱۳، ۱۳۱۴، ۱۳۱۵، ۱۳۱۶، ۱۳۱۷، ۱۳۱۸، ۱۳۱۹، ۱۳۲۰، ۱۳۲۱، ۱۳۲۲، ۱۳۲۳، ۱۳۲۴، ۱۳۲۵، ۱۳۲۶، ۱۳۲۷، ۱۳۲۸، ۱۳۲۹، ۱۳۳۰، ۱۳۳۱، ۱۳۳۲، ۱۳۳۳، ۱۳۳۴، ۱۳۳۵، ۱۳۳۶، ۱۳۳۷، ۱۳۳۸، ۱۳۳۹، ۱۳۴۰، ۱۳۴۱، ۱۳۴۲، ۱۳۴۳، ۱۳۴۴، ۱۳۴۵، ۱۳۴۶، ۱۳۴۷، ۱۳۴۸، ۱۳۴۹، ۱۳۵۰، ۱۳۵۱، ۱۳۵۲، ۱۳۵۳، ۱۳۵۴، ۱۳۵۵، ۱۳۵۶، ۱۳۵۷، ۱۳۵۸، ۱۳۵۹، ۱۳۶۰، ۱۳۶۱، ۱۳۶۲، ۱۳۶۳، ۱۳۶۴، ۱۳۶۵، ۱۳۶۶، ۱۳۶۷، ۱۳۶۸، ۱۳۶۹، ۱۳۷۰، ۱۳۷۱، ۱۳۷۲، ۱۳۷۳، ۱۳۷۴، ۱۳۷۵، ۱۳۷۶، ۱۳۷۷، ۱۳۷۸، ۱۳۷۹، ۱۳۸۰، ۱۳۸۱، ۱۳۸۲، ۱۳۸۳، ۱۳۸۴، ۱۳۸۵، ۱۳۸۶، ۱۳۸۷، ۱۳۸۸، ۱۳۸۹، ۱۳۹۰، ۱۳۹۱، ۱۳۹۲، ۱۳۹۳، ۱۳۹۴، ۱۳۹۵، ۱۳۹۶، ۱۳۹۷، ۱۳۹۸، ۱۳۹۹، ۱۴۰۰، ۱۴۰۱، ۱۴۰۲، ۱۴۰۳، ۱۴۰۴، ۱۴۰۵، ۱۴۰۶، ۱۴۰۷، ۱۴۰۸، ۱۴۰۹، ۱۴۱۰، ۱۴۱۱، ۱۴۱۲، ۱۴۱۳، ۱۴۱۴، ۱۴۱۵، ۱۴۱۶، ۱۴۱۷، ۱۴۱۸، ۱۴۱۹، ۱۴۲۰، ۱۴۲۱، ۱۴۲۲، ۱۴۲۳، ۱۴۲۴، ۱۴۲۵، ۱۴۲۶، ۱۴۲۷، ۱۴۲۸، ۱۴۲۹، ۱۴۳۰، ۱۴۳۱، ۱۴۳۲، ۱۴۳۳، ۱۴۳۴، ۱۴۳۵، ۱۴۳۶، ۱۴۳۷، ۱۴۳۸، ۱۴۳۹، ۱۴۴۰، ۱۴۴۱، ۱۴۴۲، ۱۴۴۳، ۱۴۴۴، ۱۴۴۵، ۱۴۴۶، ۱۴۴۷، ۱۴۴۸، ۱۴۴۹، ۱۴۵۰، ۱۴۵۱، ۱۴۵۲، ۱۴۵۳، ۱۴۵۴، ۱۴۵۵، ۱۴۵۶، ۱۴۵۷، ۱۴۵۸، ۱۴۵۹، ۱۴۶۰، ۱۴۶۱، ۱۴۶۲، ۱۴۶۳، ۱۴۶۴، ۱۴۶۵، ۱۴۶۶، ۱۴۶۷، ۱۴۶۸، ۱۴۶۹، ۱۴۷۰، ۱۴۷۱، ۱۴۷۲، ۱۴۷۳، ۱۴۷۴، ۱۴۷۵، ۱۴۷۶، ۱۴۷۷، ۱۴۷۸، ۱۴۷۹، ۱۴۸	

عطامات مری کے ۴۹۵	Diverticula of oesophagus,
التهاب عطامہ ۶۳	Diverticulitis,
عطامت ۶۰۳	Diverticulosis
معدی قرعہ میں عطامہ کا لاشعاعی منظر ۸۰	Diverticulum, X-ray appearance of, in gastric ulcer,
قنات شرباقہ مقنوتہ ۴۰۴	Ductus arteriosus, patent,
اثنا عشری میں ادخال ادوہ ۱۴۳	Duodenal intubation
اثنا عشری کا تضاعف حاد ۵۳۸	Duodenum, dilatation of, acute
کے عطامات ۵۴۳	diverticula,
کا قرعہ ۵۳۴	ulcer of,
قرعیت ۸۹۱	Dwarfism,
نماہی ۸۹۱	pituitary,
عسر دہر ۵۶۲-۵۶۳	Dyschezia,
سوءہضم ۵۰۶	Dyspepsia
حاد ۵۰۶	acute
رائدی ۶۰۰	appendix,
مرمی ۵۰۸	chronic,
مہراکا ۶۰۹	gall stone,
سل دیوی میں ۱۳۹	in phthisis
نعامیت فار ۸۸۹	Dyspnoea, definition of
مرکی تعریف ۳	in phthisis,
دیوی بدرد میں ۱۳۳	Dystrophia adiposa genitalis,
شحمی تضاعفی سوءہضمیہ ۸۹۱	
کان کے امراض ۲۳۹	Ears, diseases of,
کان کا درد ۳۴۱	Eclampsia,
ایکریما، حالت حساسیت میں ۴۹	Eczema in allergic state,
علامتہ حید ۳۹۸	Effort syndrome,
حک میں گیس سے مسموم شدہ ہوئے ۱۳۹	after gas poisoning in war,
این ہارن کا اثنا عشری ادوہ ۶۴۳	Einhorn's duodenal tube
عاطفی ادیمہ میں پست وولٹیج کی رقی قلی ۸۶۷	Electrocardiogram low voltage, in myode-
رقی قلب سنگاری ۳۸۰	ma,
ہلیجی نما اجسام طحال میں ۸۷	Electrocardiography,
سدادیت ۴۶۳	Ellipsoids in spleen,
دیوی ۱۵۰	Embolism,
حیی قلب ۲۵۲	pulmonary,
نماح، تعویضی ۷۰	Embryocardia,
کلاں شفی ۷۹	Emphysema, compensatory,
	large lunged,

دیابتیس کا علاج مابعد - ۸۴۷	Diabetes, after treatment of,
ہیپ سرات ، ۸۴۸	infection in,
حلیم ، ۸۴۲	maacens,
ایچ ، ۱۲	inapudus,
سکری ، ۸۰۳	melitus,
اسواں کے علاج کے لئے برص ۵ انتخاب ، ۸۴۳	choice of case for insulin treatment of,
سے اسر سیات ، ۸۰۸	pathology of,
دیابتی قوما ، ۸۲۱	diabetic coma
کا علاج ، ۸۳۹	treatment of,
ڈائفریماٹرہرم ، ۱۹۰	Diaph. - mat. - herm ,
دائخلمب ، ۱۷۳	pneumy,
سہال ، ۵۷۳	Diath
سراوی ، ۵۰۵	bilious,
ہیسوی ، ۷۰۴	helena
دوای ، ۵۷۵	colliquax,
خوالی ، ۵۰۵	catral,
رجری ، ۷۷۵	dysenteric
معدہ زاد ، ۵۰۳	gastrogenous
سینائی وائی ، ۵۸۳	parantile, epidemac,
حلی ، ۵۰۵	henteric,
مکوس ، ۵۷۳	reflex,
کادس ، ۵۰۳	spurious,
صیتی ، ۵۸۳	summer,
ڈائستیس ، نول میں ، ۶۰۳	Diastase in urine,
مرشیاو ناس ، ۳۷۳	Dicrotic pulse,
عدا ، دیابتس میں ، ۸۲۹ تا ۸۳۲	Diet in diabetes,
سوء ہضم میں ، ۵۱۷	in dyspepsia
فرسی میں ، ۹۰۳	in obesity,
کے نسخے ، ۸۳۱	recipes,
امراض اعصابی ہضم ، ۸۳۶	Digestion, organs of, diseases of,
تساع مریکا ، حودرو ، ۳۹۳	Dilatation, idiopathic, of esophagus
قلب کا ، ۳۲۱	of heart,
معدہ کا ، ۵۵۰	of stomach,
حاد ، ۵۳۸	acute,
ڈائی آکسی نیسٹرون ، ۱۹۷	Dioxy - astrin,
قصد الریہ کے ڈیپتیرا ، ۲۳	Diphtheria of trachea,
استسقاء شکمی میں غیر وضعیت ، ۳۰۹	Displacement in ascites,
۶۳۷	
عطیات ، اثنا عشری کے ، ۵۴۳	Diverticula of duodenum,



کھانسی ، سل دیوی میں ، ۱۲۲	Cough in phthisis,
حلق کی ، ۲۱۳	throat,
شتائی ، ۳۳	winter,
کو پر دور کی تھلی ، ۲۰۲	Cowper Rose's bag,
موت طرف شکستہ ، قرع صدر میں ، ۱۰	Cracked pot sound in percussion of chest,
سل دیوی میں ، ۱۲۷	in phthisis,
لحم ترازی ، ۶۸۴	Creation bron,
کتھ تھس میں ، ۶۸	Crepitation in breathing,
راحہ ، لٹو ، اث الزیہ میں ، ۸۶	radux, in lobar pneumonia,
جأت ، ۸۶۹	Cretinism,
شعلی کروب ، ۲۳۴	Croup, spasmodic,
ارتفاع الضغط میں برد حساسیت ، ۳۳۸	Cryesthesia in hyperplasia,
غشاء الخصیتیں ، ۹۰۰	Cryptorchidism,
دمہ میں ساق میں کڑبڑ کے مرعولہ حات ، ۵۸	Curschmann's spirals in sputum in asthma,
کوشک کا علامتہ ، ۸۹۳	Cushing's syndrome,
رراق کا سبب ، معرای مرض میں ، ۳۷۰	Cyanosis, cause of, in mitral disease,
معاراد ، ۷۶	enterogenous,
سل دیوی میں ، ۱۲۹	in phthisis,
خرد عضوی ، ۷۶	microbic,
دوری دیش ، ۵۲۷	Cyclical vomiting
حگر کا دوری مرض ، ۶۶۱	Cystic disease of liver,
طب کا اسان دایہ حلو ، ۳۳۷	Cysticercus cellulosa of heart
دورے حشرہ کے ، ۲۲۵	Cysts of larynx,
سقراں کے ، ۶۹۳	of pancreas,
سم ، ۲۴۰	Deafness,
صبی ، ۲۴۰	nerve,
طاق عدم دمو تیں ، ۷۹	Deficiency anæmias,
احطاط ، شجعی ، طب کا ، ۳۳۸	Degeneration, fatty, of heart,
حگر میں ، ۶۵۹	in liver,
ابی ، طب کا ، ۳۳۰	hybrid, of heart,
عضلہ قلب کا ، ۳۳۷ - ۳۳۱	myocardial,
شرائیں کا ، وسطی ، ۳۳۲	of arteries, medial,
پیری ، ۳۳۲	senile,
لوی ، قلب کا ، ۳۳۸	pigmentary, of heart
مرض ڈرک ، ۸۹۳ - ۹۰۳	Derium's disease,
سقراں کے ادروی افراد کی قلت میں ڈکسٹروز کی "قدر فرق" ، ۶۹۶	Dextrose, "difference value" of, in deficiency of internal secretion of pancreas,

شکم پی ۳۸۰	Gastroscopy,
درد قہوہ حسی ٹپے، مریضانہ معدہ میں ۵۶۰	Coffee-ground vomit in carcinoma of stomach,
دور میں نفس ۱۴	Cog-wheel breathing,
کام ۱۹۰	Cold in the head,
فہ لہج ۵۰۰	Cole,
تہاب القولون ۵۹۱	Colitis,
حظریاک ۵۹۳	colic,
عاطی عشاؤں ۵۹۱	colic-membranous,
عاطوں ۵۹۱	colic-mucous,
نقہ ۵۹۳	colic-urine,
ششوں کا مہبوط ۵۰	Collapse of lungs,
کولڈ ڈی گائٹر ۸۵۵	Colloid goitre,
فولوف دگور ۵۶۲	Colonic fistula,
سقوطہ دوون ۵۶۲	Col ptosis,
اورس میں تار داخل کرے گا کہ لٹ کا طریقہ ۵۶۶	Colic-wring in aneurysm,
قرمانہ دیابیطس ۸۴۱	Coma, diabetic,
کا علاج ۸۴۱	treatment of
میلشکر دیوٹی ۸۵۰	hypoglycemic,
خون کی موافقت ۷۷-۷۸	Compatibility of blood,
معوصل قلب کی ۳۱۶	Compensation of heart
کا مثل ۳۲۳	failure of,
معدہ کا انحصار ۳۲	Compression of trachea,
کو سکابو کا مرض ۰۹	Concretions disease,
معدہ کا پیدائشی بیش پرورشی صق ۵۵۰	Congenital hypertrophic stenosis of stomach
قس ۵۶۲	Constipation
سل نوی ۱۱۳	Consumption,
راکس ۱۱۶	gastrology,
سکر کے رسمی قدمی الانامات ۲۳۵	Contractions, clonic, of tetany,
ارتفاع الضغط میں نالیہ کے تار کی طرح منقل شدہ شرائط ۳۴۲	Copper wire arteries in hyperplasia,
قلب الثور ۳۱۸	Cor bovinum,
اکلیلی علقٹ ۳۶۰	Coronary thrombosis,
حصات شاری ۷۱۸	Corpuscles, enumeration of,
کی شکائی ۷۱۰	fragility of
کا جردی امتحان ۷۲۲	microscopic examination of,
کارتیس ۸۰۹	Cortin,
رکام ۱۹۰	Coryza,
کھانسی، عمامی، اورس میں ۵۳	Cough, hoarse, in aneurysm,

تسکر میں دماغی سیال میں کیلسیم، ۸۷۴	Cerebro fluid in tetany, calcium in,
دمہ میں ساق میں شارکوائڈن کی قدیں، ۵۹	Charcot Leyden crystals in sputum in asthma,
استحان سینہ، ۱	Chest, examination of,
چین اسٹو کس تنفس، ۴	Cheyne Stokes respiration,
بچہ کی نعیر نما آواز، ۲۳۵	Child crowing,
بچوں کی عدم دمویقہ، ۷۳۵	Childhood, anamiasis of,
سلمہ اخضر، ۵۲	Chloroma,
اخضریت، ۷۳۳	Chlrosis,
تھیحی التهاب دسات ماضیہ صغریٰ، ۶۸۱	Cholangitis, suppurative,
التهاب مرارہ، ۶۷۳	Cholecystitis,
گرنگریق، ۶۷۴	gangrenous,
العموی التهاب مرارہ، ۶۷۴	Cholecystitis phlegmonous,
مرارہ رسکاری، ۶۷۱	Cholecystography,
حصاتیت صغریٰ، ۶۷۶	Cholelithiasis,
مرارے کی کالیسریٹیت، ۶۷۳	Cholesterosis of gall bladder
رقہ، ۳۵۲	Chorea
سمر، ۳۵۲	minor,
ثلثی، ۳۵۵	paralytic,
رقہ صغریٰ خالچ، ۳۵۵	Chorea hemiplegic,
کروماتینی جسم، ۸۷۹	Chromaffine body,
نمازیہ کالون ترس عدی سلمہ، ۸۸۹	Chromophobe adenoma of pituitary,
چووشٹک کی امارت تسکر میں، ۸۷۴	Chvostek's sign in tetany,
کیلوسی اور کیلوسی الشکی استسقاء شکمی، ۶۳۷	Chylous and chyloform ascites,
کیلوس صدري، ۱۸۳	Chylothorax,
امراض اعصابی دوران خون، ۲۳۵	Circulation, organs of, diseases of
سل ریوی میں نظام دوران خون، ۱۲۷	Circulatory system in phthisis,
کھیت دیولی، شکر کی، ۶۴۹	Cirrhosis, atrophic, of liver,
صغریٰ، ۶۵۵	biliary,
سرطانی، شکر کی، ۶۵۱	carcinomatous of liver,
بیش پروشی، ۶۴۹	hypertrophic,
طحالی عدم دمویقہ میں، ۷۵۰	in splenic anemina,
شکر کی، ۶۴۷	of liver,
نالی، ۶۴۸	portal,
عرجان متوقف، ۴۴۵	Claudication, intermittent,
تبدیل آب و هوا، سل ریوی کے علاج میں، ۱۳۹	Climate change of, in treatment of phthisis,
اسکلوں کی گرد شکمی، سل ریوی میں، ۱۲۹	Clubbing of fingers in phthisis
خون کا عرصہ ترویج، ۷۹۵	Coagulation time of blood,
اورطی کا پیدائشی تضائق، ۴۵۸	Coarctation of aorta, congenital,
شکمی مرض، ۵۸۹	Celiac disease,

دورانی عدم سماعت میں شعری بھان، ۳۶۷	Carpenter, pulsation, normal, incompetence,
فوق الکلیہ سے ۸۷۱	Capsule, supracardiac,
کاربوہائیڈریڈ کے حوال کی علامات، ۸۰۳	Carbohydrate metabolism, physiology of
حطانی صحنہ، حدحر کا، نروسی، ۱۶۶	Carcinoma, extension of, Larynx,
حصہ، ۲۵، دیوی، ۲۵	carcinoma, of, Larynx,
اصدا کا، ۶	of intestine
سُکھ کا، ۶۶۳	of liver,
سٹ، ۱۵۶	of lung,
سرس کا، ۴۱۹	of spleen,
ریاں کا، ۱۰	on, carcinoma,
معدہ کا، ۵۵۵	on stomach,
عروق، قہ کا، ۶۵۵	on thyroid
	See also under Neoplasms and Tumours
قواد کا عدم ارتقاء، ۴۹۲	Cathartachylasis of,
قلب کے فعل کی غیر طبعی حالتیں، ۲۶	Cardiac action, abnormalities of
کا دمہ، ۳۳۳ - ۵۷	schm,
کے مریض مریض کا علاج، ۲۸۱	dis, chronic, treatment of,
کا درد، ۴۲۱	form,
	See also under Heart
قلبی روی حریرات، ۲۶۲	Catopulmonary murmurs
سمجھ السواد، ۴۹۳	Cath spasm,
سہ ماہی میں التهاب قلب، ۳۸۸	Cathitis rheumatic
کیروٹین سہ ترکارا، رابہ مقدار میں	Cathin due to ingestion of large amount
کھانے کے نامہ، ۶۲	of green vegetables,
رسمی قدمی انصافات تکرار کے ۲۳۵	Catopoid contractile of tetany
کیارنل کا مسیبت کا طریقہ، بدرو انصاف	Carrel's method of drainage in tuberculous
میں، ۹۰۹	effusion
سیووری گردن، مخاطی ادیما میں، ۸۶۶	Cassowary neck in myxodema,
کاس کے دروی اور روی عامل، ۳۰	Castle's intrinsic and extrinsic factors
”کلی“ دمہ، ۵۳	Catarrhal
نروسی، دنا، ۸۲۱	Cathart, diuretic
نارالت حشد، ۳۴	Cathartic,
معوی، ۵۸۰	intestinal,
عام دار، ۳۴	pituitous
نارای معوی التهاب، ۵۰-۵۱	Catarrhal enteritis,
یرقان، ۶۴	jaundice,
التهاب حشر، ۶۱۰	laryngitis
ایق قناطر کا استعمال، رات الزمہ میں، ۹۶	Catheter, nasal use of, in pneumonia
نوش نشو جماعی حله، ۴۴۴	Cerebral attack, hypertensive
مرمیں دماغی لیڈیت، ۴۴۴	softening, chronic,

ڑے شعبات کا تسدد ، ۶۵	Bronchi, large, obstruction of,
شعبی تنفس ، ۹۵	Bronchial breathing,
عدد الشعب ، ۴۳	Bronchiectasis,
خشک ، ۴۵	dry,
ڑے شعبات پر تسدد میں	in obstruction of large bronchi
مخاطی شعباتی التهاب ، ۱۰۶	Bronchiolitis, obliterative,
شعبی التهاب ، ۲۰	Bronchitis,
حاد کے علامات ، ۳۱	acute symptoms of,
اور دمہ ، ۵۱	asthma and,
مرمن کے علاوہ ، ۳۲	chronic, symptoms of
خشک ، ۴۴	dry,
سکوی ، فائبرینی یا کروی ، ۳۵	plastic, fibrinous or croupous,
گدیہ یا میں ، ۳۵	putrid or totid,
شعبہ صوتی ، ۴۰	Bronchophony
شعبی ذات المریہ ، ۹۸	Broncho pneumonia,
التقائی ، ۱۰۰	confluent,
اولی ، ۹۸	primary,
ثانی ، ۹۹	secondary,
تدریجی ، ۱۱۳	tuberculous
براہ شعبہ ، ۳۴	Bronchopleuritis
شعبہ ایسی ، جراح شش ، ۱۰۴	Bronchoscopy in abscess of lung,
شعبی تسدد میں ، ۷۸	in bronchial obstruction,
تعدد الشعب میں ، ۴۷	in bronchiectases,
دمہ کی تشخیص میں ، ۶۰	in diagnosis of asthma,
حروخاسی ، ۱۰-۲۱	Bruit d'anæmie,
ڈائرامی فک میں ، ۱۱۹	in diaphragmatic hernia,
حروخدروی ، عدم دموت میں ، ۳۹	Bruit de diable in anæmia,
دموت طروف شکستہ ، سل میں ، ۱۲۰	Bruit de pot fêlé in phthisis
	Bruit of heart - See Murmurs
خون میں قلوبی محفوظہ کا فعل "حائلہ" ، ۸۴	Buffer action of alkali reserve in blood,
دبایطس میں سمعی مہج ، ۸۴۰	Cachetic adenæ in diabetes,
بے درقیتی صفعہ ، ۸۶۵	Cachexia strampriva,
دموی کیلشیم ، انحطوطی گائٹروں میں ، ۸۶۴	Calcium, blood, in exophthalmic goitre,
خون کے اندر کیلشیم ، ۸۷۱	in blood,
دماغی نغاسی سیرال کے اندر کیلشیم ، ۸۰۴	in cerebro spinal fluid in tetany,
حصوات اور حصاة ، مراوی ، ۶۷۶	Calculus and Calculus, biliary,
بقراسی ، ۶۶۲	pancreatic,
حروراکمی ، ۲۵۲	Counter rhythm,

دہمی ، ۷۴۰	Bleedings,
عرصہ ادما ، ۹۰	Bleeding time,
پریپتورامی ، ۶۵	in purpura,
خون کے دوسرے سال ، بوارن کے خون ہوئے	Blood, acid base balance of (types or distri-
مالیہ ، ۸۰	bution of)
خون کے حصہ طہ کی مراد ، ۹۱	alkali reserve of, definition of
کاربائیوٹک کی مراد ، ۸۱	carbohydrate definition of
میں کلسیم ، ۸۱	calcium in,
حقوقی ، ۱۶۳	in coagulability of
پیرس ، حواس کا دھوی علیہ کی توریج کا	off diagram on curve, Price 'ones'
مستی ، ۴۸	changes in estimate
خون کے پھیلاؤ میں ۵۹	in chronic bronchitis,
میں شعی الہیاب میں ۳۶	in malnutrition of heart,
قلب کے تشوہات میں ۴۰۸	regulation of,
کی برویت ، ۱۵	contributory to,
کی موافقت ، ۷۷-۷۸	in,
کا شیر ، ۹۸	normal
طعم ، ۲۴	examination of
کا امتحان ، ۱۵	groups
کے سروہ ، ۷۸	in stomach tests for,
کی معدہ میں موجودی کے لیے کاشفات	
۵۰۳	leucocytes in, number of
میں سپید خلیات کی امداد ، ۱۹	normal constituents of,
کے طعمی خراپے کی کمی ، ۱۵	platelet counting,
کی لوحہ شری ، ۱۵	reaction of,
کا تعامل ، ۷۷	sugar tolerance in diabetes mellitus
دیایطس شکری میں رموی شکر	
ارداشت ، ۸۰۹	transfusion
نہل الدم ، ۷۶	vessels, examination of
عروق خون کا امتحان ، ۲۶۸	
برف معوی ، ۵۷۵	Bowel, haemorrhage from
قادرودہ میں نشا آکسی یوٹائزائیڈ ، ۸۱۶	Boxybutyric acid in urine,
بطء القلب ، ۳۱۵	Bradycardia,
یرقان میں ، ۶۲۸	in jaundice,
نیش تشوی دماغی حملہ ، ۴۴۴	Brain, hypertensive, cerebral attack,
میں دماغی لیٹ ، ۴۴۴	softening of, chronic,
نحاسی کھانسی اورسا میں ، ۴۵۲	Brassy cough in aneurysm,
	Breathing See under Respiration
ترشہ دمویت میں سانس پھولنا ، ۷۸۳	Breathlessness in acidemia
نڈی اہصاب کے علاج میں رسکو کی پٹی ،	Briscoe's belt in treatment of tuberculous
۱۷۷	effusion,

ادیو ریشکی انقباض ' ۲۰۴	Auricular nbbillation,
دھڑلہ ' ۳۰۹	flutter,
ادیو طلیبی نگرہ ' ۲۰۵	Auriculo ventricular node,
اصابع شراہیں ' ۲۰۶	Auscultation of arteries,
سنہ ' ۱۰۰	of chest,
دل ' ۲۵۰	of heart,
اوررہ ' ۲۰۵	of veins,
استماعی قرع ' ۲۰	Auscultatory percussion,
مرض ابرار ' ۳۶	Ayerza's disease,
بذری عصات کی تاوین ' ۱۲۲	Bacilli, tubercle staining of,
خروومی التهاب درونی، فلہ ' ۲۹۰	Bacterial endocarditis,
التهاب حشمہ ' دناہلس مع ' ۸۲۰	Balanitis in diabetes,
	Baldness See Alopecia
مضوعی اسرواح الصدر میں پائیوڈرائی عارہ نافنگی ' ۱۲۳	Ballooning of pleura in tubercular pneumonia,
بیدی کا مرض ' ۵۰-	Banti's disease,
کاللی عی الخطاط ' ۹۰	in obeluse,
بیٹنگ اور بست کا اسکشاف اسوائ ' ۰۹	Banting and Best's discovery of insulin,
بیٹنگ کا علاج فرمی میں ' ۰۲	Banting's treatment in obesity,
اسامی حول ' ۹۹	Basal metabolism
باسیڈاؤ کا مرض ' ۶۰	Basal low's disease,
بہامیہ کا اساس پسند عی سلعہ ' ۸۹	Basophil adenoma of pituitary,
نقطہ دار اساس پسندی ' ۲۳	Basophilia, punctate,
التهاب رتدہ میں امارت باسیڈو ' ۶۰۱	Bastedo's sign in appendicitis,
امتماعی قرع میں حرمی آوار ' ۲۱-	Bell sound in auscultatory percussion
بول میں شکر کے لیے بیٹا کٹ کا کنی ناسفہ ' ۸۱۱	Benedict's qualitative test for sugar in urine,
ناسلیے کے ذرات ' ۸۰۸	Bensley's granules,
فرمی میں بڑھتی علاج ' ۹۰۵	Beriberi treatment in obesity
بیسٹ اور بیٹنگ کا اسکشاف اسوائ ' ۸۰۹	Best and Banting's discovery of insulin,
دموی بائی کاربونیٹ کی تعریف ' ۸۱	Bicarbonate, blood, definition of,
منعہ صراویہ کے لیے کاظمہ ' ۶۲۸ - ۶۲۹	Bile pigment test for,
صراوی آلہ کے امراض ' ۶۰۳	Primary apparatus, diseases of,
کا امتحان ' ۶۰۰	examination of,
سنگھارے صرا ' ۶۰۶	Biliary calculi,
صراوی کھیت ' ۶۵۵	in cholestasis,
تفسر لو ' ۶	Biot's respiration,
دیابیطس ملیج میں مثانہ کا انبساط اور بیش ' ۸۹۲	Bladder, dilatation and hypertrophy of, in diabetes insipidus,

اورٹھیک صیق '۳۲۲	Aortic stenosis,
من رانی اٹکی غد، سموت دھن، س ۴۸۳	Apical granuloma in oral sepsis
عہ سکور و عدم دوت، ۷۴۳	Aplasia, anemia,
الٹیاب را، ۵۰۶۶	Apyemolitus,
را لہی سوہدم، ۶۰۰	Apyemol dyspnoea,
مر رانی، دائر، ۲۰۰	Arterial pressure,
بلد، ۳۹	high,
دوار کی وعیت، ۲۷۰	well, nature of,
مر، ۱۵۰ سہا، ۲۱۶	Arteries, oscillation of
مریانی شری لیت، ۴۳۵	Arterio capillary fibrosis
شر نانی صلات، ۴۳۶	Arteriosclerosis
شر نانی صلابت، ۴۳۷	Arteriosclerotic rectinitis,
مر نانی الہاب، حاد، ۴۳۹	Arteritis, acute
حاری، ۴۳۹	and crive,
آتش کی، ۴۴۰	-typhoid,
تدری، ۴۴۰	tuberculous
الہاب مفاصل، رومادرمی، ۴۴۱	Arthritis in rheumatic fever,
اسسوسیت، ۱۱۰	Asbestosis,
اسسٹناہ شرمی، ۶۳۵	Ascites,
گیلومی اور گیلومی الش، ۶۳۰	chylous and chyliform,
اسے سکارک ایسڈ، ۷۷	Ascorbic acid,
درعت کے علاج میں، ۶۰	its treatment of hemophilia
اص صا الہاب نامور، علاج میں، ۱۵۰	Aspiration in treatment of pericarditis,
مقامی احتاق، ۴۶۰	Asphyxia, local
اسمیری کے ایسے ساسٹ، دمہ میں، ۱۰۰	Aspirin, sensitivity to in asthma
دمہ، ۴۸	Asthma,
اور شعی الہاب، ۵۶	bronchial and,
قلی، ۳۳۳	cardiac,
ساری اور معکوس، ۵۵	infective and reflex
عدم عدم الریہ، ۷۵	Atelectasis pulmonum,
ناٹامی، ۸۹۱	Atherosclerosis,
اتھیروما، ۴۳۳	Atheroma
اتھیرومائی قرعہ، ۴۳۳	Atheromatous ulcer,
اتھیرومائی صلابت، ۴۳۳	Atherosclerosis
بول، حاد صر، حکر، ۶۲۲	Atrophy, acute yellow of liver,
وقف، دم، ۴۳۶	ischemic,
دول،	Atrophy,
عت الحاد، حکر، ۶۳۵	subacute, of liver,
صغیر اور ناح، ۴۹۴	Auerbach's plexus,



مدم دمویت - سلسلہ ساقی	Anaemia (cont)
اجڑنا مہمی ۴۶۰ء	erythroblastic,
التهاب الاساقی، ۳۶ء	glossitic,
رہیمی کا ب یمن دموی، ۴۵ء	infantum, pseudo lukæmia,
سل میں ۴۹۰ء	in phthisis
کلاں جنوی، ۳۷ء	macrocytic,
مفلح، ۳۶ء	pernicious
میں امتحانی حوراک ۵۵۰ء	test meal on
ثانوی ۳۱ء	secondary,
داسی حلوی، ۴۶ء	sickle cell,
طبعی، ۴۹ء	splenic,
ع علامات، ۳۲ء	symptoms of,
مدم دمویٹین (ہمی)، غیر سکون الدموی، ۴۹ء	Anæmias (deficiency) anha mopoietic
ایلاں الدموی، ۴۶ء	hemolytic
کبیر حلوی، ۴۵ء	megalocytic,
بچپن کی، ۴۵ء	of childhood,
حجرہ کی عدم حسیت، ۴۴ء	Anæsthesia of larynx,
استپا ایما پریپٹور، ۶۹ء	Anaphylactoid purpura,
استعداد، حالت حساسیت میں، ۵۰ء	Anaphylaxis in allergic state
اورس، ۴۴۹ء	Aneurysm,
شکی، ۴۵۶ء	abdominal,
قلب کا، ۳۳۵ء	of heart
علامات والا، ۴۵۳ء	symptoms,
وعائی عصائی اریما، ۴۷۹ء	Angio neurotic edema,
حالت حساسیت میں، ۴۹ء	in allergic state
دخہ، عہد راقی حلوی، ۴۴ء	Angina, agnamulocytic,
صغیرہ، ۴۲۱ء	minor,
صدریہ، ۴۲۱۰ء	pectoris,
وینسٹ کا، ۲۱۱ء	Vincent's,
عہد سکون الدموی (فقر) عدم دموی، ۴۹ء	Anha mopoietic (deficiency) anæmias,
حدقی لا تساوی، ۴۵۲ء	Anisocoria,
حلوی لا تساوی، ۴۳۴ء	Anisocytosis,
عقدی عدم اشہا، ۵۱۴۰ء	Anorexia nervosa,
شش بحدیت، ۱۰۹ء	Anthræcosis,
اورطی کا پیدا شعی صابی، ۴۵۸ء	Aorta, coarctation of, congenital,
صدری کا اورس، ۴۵۱۰ء	thoracic, aneurysm of,
اورطی مرض، ۳۶۱۰ء	Aortic disease,
تسد کے حریرات، ۴۵۸ء	obstructive murmurs,
ناروی کے حریرات، ۴۵۸ء	regurgitant murmurs,
ناروی، ۳۶۴ء	regurgitation,

عدی - لعلہ، اسرار پسند، عددہ بحامیہ کا ۸۸۹-۸۹۲	Adenoma chromophil, of pituitary
لوز رس، عددہ بحامیہ کا ۸۸۹	chromophobe, of pituitary,
ابوس پسند، عددہ بحامیہ کا ۸۸۹	cosmophobe of pituitary
خلوطا، عددہ بحامیہ کا ۸۸۹	mixed, of pituitary,
آنت کا ۶۰-۶۵	of intestine
سمی، عددہ قیہ کا ۵۰۱	toxic of thyroid,
وجہ شہید ۹۳-۹۴	Adiposis deliriosa,
رگزدی ۸۸۰	Alethenia,
ایٹو این ۸۷۰	Althenia,
ہائڈروکلو رائٹ، رمہ میں ۶۳	hydrochloride in asthma,
مہیج فوق الکبہ عاز نور عددہ بحامیہ ۷۸۸	Antenotrophic hormone of pituitary,
عبر معروبی آوارین آفس میں ۱۶	Adventitious sounds in coughing
بونی، ۳۰	Neoplony,
نفع امیوا ۵۲۰	Trophage,
دنا بیٹس کا علاج ۸۴-۸۵	After treatment of diabetes
عیر دراتی حلی دعوہ ۲۳	Agranulocytic anemia,
عیر دراتی خلوت ۲۹-۳۳	Agranulocytosis,
الکحلی کہنت جگر کی ۶۳۸	Alcoholic cirrhosis of liver,
عیر بیض دموری ایس دہویت ۵۹	Myelocytic leukaemia,
برقی نامعید دمویت ۷۳	Myelocytic haemorrhagic,
قتال عدائی شکر تولیت ۸۱۹	Alimentum glycosuria,
بسم الدم ۷۹	toxemia,
قلی دموی کی ہر دہ ۸۰	Alkalimetry, definition of,
خون کے قلووی شعوطہ کی تعریف ۷۸	Alkali reserve of blood, definition of,
قلوی کثرت کی تعریف ۸۲	Alkalosis, definition of,
دنا بیٹس میں ایلن کی حوراک ۸۲۵	Allen's diet in diabetes,
حسابیہ التهاب الام ۲۰۲	Allergic rhinitis
حالت حساسیت ۲۹	Allergic state
حسی صلغہ، حامل ایڈیماس ۸۶۶	Alopecia frontal, in myxoedema,
قلب کا تبادل ۳۱۳	Alternation of heart
درشہ دموت میں حورہری CO <sub>2</sub> کی پیمائش ۷۸۳	Alveolar CO <sub>2</sub> , measurement of in acidemia
عارمی کثت ۴۴۳	Anaurosis fugax,
قدری نفس ۱۶	Amphoric breathing
شش آسارص ۶۶۰	Ankyloid disease
شہوق ص ۲۰۳	Anacrotic pulse
عدم دموت نے رشہ سادہ ۳۳	Anaemia, achlorhydric, sample,
ایڈنسی کی ۷۶	Addison's,
عیر تکونی ۴۳	aplastic,
لہمر ہی ۷۳	chlorotic,

## اشاریہ

### عمل طب حلد دوم

شکم، حاد، ۸۸	Abdomen, acute,
کا امتحان، ۷۶	examination of,
لاشہ احوں سے، ۸۰	by X rays,
شکمی اور، ۵۶	Abdominal aneurysm
حجرہ کے عضلات معدہ کا شلل، ۴۹	Adductors of larynx paralysis of,
حراج، واسطی، ۱۹۲	Abscess, mediastinal,
حجر کا، ۳۹	of liver,
شش کا، ۱۰۴	of lung,
گردمعدی، ۵۰	perigastric,
گردوادی، ۵۸	peritonsillar,
حلقہ اللعوم، ۲۱۵	retropharyngeal,
دیروائے افرامی، ۵۳-۵۴	subphrenic,
ایسٹوایسٹک اسڈ، رول میں، ۸۱۶	Acetoacetic acid in urine,
ایسی ٹوں، رول میں، ۸۱۶	Acetone in urine,
فواد کا عدم ارتعاش، ۹۳	Achalasia of cardia
ے ترشگی، ۵۰۳	Achlorhydria,
ے ترشہ عدم دمویت، سادہ، ۳۴	Achlorhydric anaemia, simple,
ے صفرانولی برقاء، ۷۷	Alcoholic jaundice,
اکتسابی، ۴۸	acquired,
حادی، ۷۷	family,
ترشہ دموت کی تعریف، ۸۰	Aemia, definition of,
خون کے ترشہ اساس توازن کے غفل ہوئے کی مثالیں، ۸۰	Acid base balance of blood, types of disturbance of,
ترشہ سمیت، ۷۹	Audiosis,
کی تعریف، ۸۱	definition of,
حوادھی حساسیت، ۴۹	Acroparesthesia,
ایڈم سٹوکس کا علائمیہ، ۴۸۳، ۴۸۶	Adams Stokes syndrome,
ایڈیس کی عدم دموت، ۳۶	Addison's anaemia,
ایڈیس کا مرض، ۸۱	Addison's disease,
حجرہ کے عضلات ماز کا شلل، ۴۳	Adductors of larynx, paralysis of,
عدودہ، ۲۱۲	Adenoids,

